# Encyclographie

DES

# SCIENCES MÉDICALES.

553 SD

# Encyclographie

DES

# SCIENCES MÉDICALES.

## RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES, SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
TRANSACTIONS MÉDICALES;
JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, ETC;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE;
LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HÔPITAUX;
ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME DIXIÈME.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1833.

ANNALES

DE

# LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE,

PAR F.-J.-J. BROUSSAIS, PÈRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE PARIS, ETC., ETC.

NOVEMBRE, 1832.

## Observation d'une fièvre intermittente, avec accidens pleuro-pneumoniques; par M***.

Parmi les nombreux faits appartenant à ce genre d'affections, l'auteur se borne à rapporter avec détail l'observation suivante, non-seulement comme le type et l'expression la plus générale du caractère de ces fièvres épidémiques; mais encore parce qu'à bien d'autres titres, elle a dû fixer toute son attention.

« Un élève en pharmacie, âgé de vingt-deux ans, d'une santé assez forte et d'un tempérament lymphatique et sanguin, parti de Béziers dans les premiers jours de septembre, se rendit de Toulouse à Bordeaux par eau, après avoir couché une nuit à bord, où se trouvaient plusieurs fiévreux. Il ne tarda pas à tomber malade; le 15 à neuf heures du soir, je lui fis ma première visite; il y avait trois jours qu'il se sentait souffrant. Je signalai tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie aiguë : oppression considérable, toux violente; point de côté, crachats abondans, muqueux et sanguins; prostration, sueur générale et abondante, pouls assez vif, mais point large ni rebondissant. A côté de ces symptômes pathognomoniques d'une inflammation pneumonique, je remarquai dans le facies quelque chose qui n'appartient pas aux affections aiguës des poumons. Néanmoins, je prescrivis, pour être appliquées sur-le-champ et sur le point douloureux, vingt-cinq sangsues; boisson légèrement pectorale et gommée, look blanc. Le 16, au matin, les sangsues n'avaient pas été apposées. Un peu de mieux, mais sueurs universelles, crachats rouillés et abondans; tous les symptômes pneumoniques au même degré d'intensité; même état du pouls. La face, vue au jour, me parut plus étrange encore que la veille et contrastait avec la physionomie réelle d'une inflammation aiguë des poumons. Cette circonstance me fit différer les évacuations sanguines. Le soir j'appris que le malade avait eu dans l'après-midi un accès de fièvre dont le froid avait duré trois heures; dès-lors mes soupçons s'éclaircirent, et je vis que j'avais à combattre une fièvre dite intermittente pernicieuse pneumonique. Même état des symptômes; les crachats sont cependant moins sanguinolens; boisson gommée, look pour la nuit; et le lendemain matin, deux grains de sulfate de quinine à prendre toutes les deux heures; un bouillon de trois en trois heures. Le 17, au soir, il avait déjà pris huit grains de sulfate de quinine : il n'y eut pas d'accès; la parole, qui le matin était brève et rauque, ne l'était plus à ma visite du soir; mieux sensible, diminution de l'oppression et de la sueur surtout. Je prescrivis alors un lavement purgatif parce qu'il y avait quatre jours que le malade n'avait eu de garderobe. Le 18 les parens ayant demandé une consultation, et les médecins convoqués ayant décidé, contrairement à mon opinion, qu'il s'agissait d'une pneumonie aiguë, la majorité conclut qu'il fallait adopter seulement le traitement antiphlogistique, et rejeter le sulfate de quinine. Aussitôt on pratiqua une abondante saignée, mais elle n'apporta aucun amendement aux symptômes pneumoniques. Le soir même, il avait empiré; l'oppression était revenue, les sueurs étaient plus copieuses, la face était tirée, et les yeux légèrement vitrés; affaissement du tissu musculaire; amaigrissement rapide; diminution du pouls; vésicatoires aux jambes. Le 19, rien de nouveau; même état des symptômes, mais moins d'énergie; cela se conçoit: une large saignée, la prolongation du mal, la douleur et l'abondance des sueurs devaient avoir considérablement affaibli les forces du malade. Le soir, trois autres vésicatoires, un sur la poitrine et un à chaque bras. Mardi, 20, point de changement; les sueurs étaient moins considérables mais continues; persévérance des autres symptômes. Dans ce genre d'affection la durée des accidens est fâcheuse. Je demandai une nouvelle consultation; deux nouveaux médecins furent appelés, ils partagèrent à peu de chose près l'opinion des deux premiers; mais

je restai inébranlable, et réclamai avec plus d'instance l'administration du sulfate de quinine. Cette consultation n'eut donc aucun résultat nouveau et l'on continua le même traitement; on laissa faire. Le soir il y eut diminution de la sueur et les crachats furent moins rouillés. Néanmoins le 21, mercredi, l'état des symptômes était le même mais avec diminution d'énergie; affaiblissement de la mémoire, des autres sens et de l'ouïe surtout; les crachats, toutefois, furent plus sanguinolens et plus abondans qu'ils ne l'avaient jamais été. Dans cette circonstance presque désespérée, conservant encore de la confiance dans l'antipériodique, je fis consentir le médecin qui soignait le malade conjointement avec moi, à l'administration du sulfate de quinine. Le jour même il en fut donné 14 grains. A neuf heures et demie du soir, ouïe plus nette, mémoire plus claire, presque point de fièvre, presque point de crachats; le malade a pu se tourner dans tous les sens et y rester, la sueur ne fut plus que partielle et le ventre, d'abord ballonné, cessa bientôt de l'être. On continua le sulfate pendant la nuit et le malade prit deux bouillons. Le 22, à huit heures, presque point de fièvre ni d'oppression; crachats rares et rouillés. On laissa sécher les vésicatoires. Le 23, on diminua les doses du sulfate de quinine, tandis qu'on augmenta les alimens dans une progression rapide; enfin le sulfate de quinine ne fut discontinué que le 25, et la guérison fut prompte et durable. »

Qu'il me soit permis d'accompagner ce cas d'une seule remarque. S'il est vrai que dans toute fièvre pernicieuse pure, les sueurs ne sont si abondantes que parce que la peau est surexcitée vivement par l'irritation présumée des nerfs cérébro-spinaux, pourquoi cette même irritation, plus violente que dans l'état ordinaire de ces fièvres, n'aurait-elle pas également sollicité, par les liens sympathiques qui mettent la peau et les organes pulmonaires dans une dépendance réciproque, pourquoi, dis-je, n'aurait-elle pas sollicité l'exhalation des surfaces bronchiques jusqu'à la transsudation rouillée, rosée, sanguine même? Dans tout le cours de la maladie il a été remarquable que les crachats étaient rouillés le matin, et qu'ils ne l'étaient plus le soir. Ce caractère de rouille devait donc être considéré par moi comme la période d'exacerbation de la fièvre. Et sous un autre point de vue, le mouvement fébrile, poussant aux poumons, pouvait bien présenter les semblans d'une pleuro-pneumonie, alors surtout que l'on reconnaissait un point de côté et de l'oppression.

L'une des circonstances qui m'a le plus fortement prémuni contre l'illusion, c'est le grand nombre des affections périodiques qui régnaient alors. Ce que tous les praticiens signalaient en même temps, c'est la solution catarrhale de toutes les irritations; on a compté beaucoup de toux et de colites qu'on nommait vulgairement colérines. Lorsque les choses se passaient ainsi dans les autres affections, devais-je m'en laisser imposer par de faux symptômes pneumoniques? Et la constitution atmosphérique elle-même ne contenait-elle pas aussi la raison de cette forme pathologique imprimée aux irritations? En effet à cette époque à Rochefort, les nuits très froides succédaient à des journées fort chaudes; ce qui donnait aux maladies de cette saison le type périodique et la forme catarrhale; la surexcitation du jour préparait donc à l'exhalation des muqueuses pour la nuit.

J'aurais pu borner ces remarques à cette seule réflexion : « C'est une singulière pneumonie franche, que celle qui cède en quelques heures à 14 grains de sulfate de quinine, lesquels font évanouir toutes craintes de mort et résolvent sans doute aussi dans le même temps un foyer purulent, ou une hépatisation du tissu pulmonaire (1).

A la suite de l'observation qui précède, l'auteur rapporte la suivante qui, dit-il, établit un contraste qu'on ne saurait offrir trop souvent aux esprits trop exclusifs, pour mieux dire aux esprits prévenus.

Gastro-entérite chronique fébrile avec type-tierce.

Une jeune fille nommée Palmire, âgée de six ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, d'un teint pâle, et n'ayant que des digestions paresseuses, fut atteinte, le 12 juillet 1827, à la suite de quelques jours de souffrances, d'une fièvre de type-tierce, qui fut marquée par un accès de froid assez vif. A ma première visite je constatai le météorisme du ventre et quelques duretés, signe d'un engorgement des ganglions lymphatiques; les chairs étaient molles, la langue humide, large et rouge à son extrémité, le pouls fébrile. Bains, lavemens, fomentations émollientes sur l'abdomen; lait coupé, eau sucrée et gommée. Ce régime fut observé jusqu'au 21. Les 13, 15, 17 et 19 furent des jours apyrectiques; alors gaieté, appétit, goût pour tous les alimens. Les 14, 16, 18, 20, furent des jours de fièvre. Le dernier accès fut encore plus marqué que les précédens; l'excitabilité du sujet ayant été diminuée par le régime, le 21 au soir une pilule de moins d'un grain de sulfate de quinine modifié par un peu d'extrait gommeux d'opium fut administrée. Le lendemain deux heures avant l'accès, deux autres pilules furent encore données à la malade. Bientôt après, fièvre sans froid et plus forte qu'à l'ordinaire, abdomen douloureux, épigastre très-sensible; vomissement. Six sangsues,

(1) Il est facile de s'apercevoir que dans tout le cours de cette observation, l'ontologisme transsude par tous ses pores. L'auteur, presque étranger aux principes lumineux de la médecine physiologique, ne voyant et ne voulant toujours reconnaître qu'une entité morbide, n'emploie contre elle qu'un traitement antiphlogistique insuffisant. Mais fort heureusement pour le malade, l'abondante saignée que lui prescrivirent les deux médecins appelés en consultation, décida la *résolution* de l'engorgement pulmonaire au moment où sa durée et son intensité toujours croissante allaient causer la mort. Cette large évacuation sanguine, pratiquée trop tard, dut déterminer d'abord une grande perturbation dans tout l'organisme, et un affaissement général, sans opérer de suite un dégorgement bien marqué du parenchyme pulmonaire, imprégné, imbibé et saturé d'inflammation et de sang. Mais bientôt les poumons ont dû commencer à se dégorger, et dès-lors la révulsion opérée par le sulfate de quinine sur les voies digestives, agissant de concert avec les vésicatoires appliqués aux jambes, aux bras et à la poitrine, n'ont point tardé à amener la guérison complète de la pleuropneumonie. Nous ne récusons pourtant pas l'action antipériodique du sulfate de quinine, mais nous sommes loin de lui attribuer le puissant rôle que l'auteur lui accorde dans cette circonstance. L. L.

fomentations, lavemens, diète absolue. Boissons gommées. Le soir, calme parfait, peau fraîche; appétit. Les selles provoquées par les lavemens sont moulées. Les 24, 26, 28, jours fébriles, cessent de l'être; le régime est observé sévèrement. L'enfant grandit; le 29, la fièvre reparaît; on soupçonne une infidélité dans le régime, mais l'élévation extraordinaire de la température pendant deux jours (de 29° à 31° 1/2 R.) put bien concourir à réveiller la fièvre.

En conséquence, le 30 on appliqua trois sangsues à l'épigastre, la fièvre cessa, il se déclara un mieux qui fut toujours croissant jusqu'au 11 août, époque où il y eut un mouvement fébrile bien prononcé qui se soutint six heures. Les moyens thérapeutiques employés jusqu'alors étaient les mêmes que ceux qui précèdent; seulement on avait laudanisé les boissons avec 3 et 4 gouttes par jour de ce liquide, et l'on avait eu recours à des frictions de teinture de quinquina. Le 12, il y eut aussi de la fièvre, et l'on observa sur la langue un ou deux aphtes qui se déplaçaient dans les vingt-quatre heures. Fallait-il en accuser les boissons laudanisées, un peu de lait coupé ou les frictions alcooliques? La muqueuse était-elle surexcitée par tous ces moyens? La fièvre reprit donc le dessus; le ventre se ballonna et devint douloureux; la constipation était opiniâtre et les matières sortaient noires et calcinées avec les lavemens; un état de sueur, qui s'était déjà montré faiblement, reparut, mais beaucoup plus fort. Il fallut recourir encore aux sangsues; trois furent apposées sur le point le plus sensible, le plus douloureux de l'abdomen. Elles donnèrent peu de sang, et laissèrent même échapper de la sérosité. Cette opération fut suivie d'une syncope. Le pouls était devenu vermiculaire. C'est dire l'état de faiblesse de cette jeune fille; réduite au dernier marasme, les artères faisaient saillie sous la peau; mais il restait pour signes favorables, le bon état des yeux et le sommeil, et une diminution dans l'état fébrile. Cependant le 20, le pouls prit encore un caractère de force et de raideur qui réclamait de nouveau les sangsues. Il fallait économiser le sang; en conséquence, je réduisis l'alimentation, qui était légèrement féculente et lactée, aux seules oranges et la boisson à l'eau pure et fraîche: tous les quarts d'heure, elle devait en prendre un petit verre à liqueur. Depuis ce moment-là, la fièvre fut toujours en déclinant et insensiblement tous les symptômes s'affaiblirent. Cette jeune enfant, qu'il était très-difficile de réduire à ne pas manger, car dans la maladie elle a eu constamment une faim assez prononcée, et qu'il eût été dangereux de satisfaire, voyait ses sœurs prendre leurs repas avec indifférence. C'est à cette sévérité de régime que céda finalement la fièvre. On put, après quelques jours, charger la boisson de quelque substance alimentaire, telle que le lait, les fécules, les farines; puis on put permettre les fruits cuits, les gelées végétales, les pommes de terre, et même de la gelée de viande. On voulut donner à manger quelque chose de plus consistant, mais le ventre se gonfla, il y eut du malaise, sans néanmoins qu'il y eût de fièvre. La petite malade rendit un vers. On revint encore au régime, et comme il ne fut pas encore assez sévère, vers la fin de septembre on vit reparaître la fièvre en froid, avec le type-tierce. Il y eut trois accès à heure fixe. Il fallut observer la diète mais avec la plus rigoureuse sévérité. Dès-lors la fièvre cessa, le ventre s'aplatit; le mieux se déclara, et se continua irrévocablement jusqu'à parfaite guérison.

Quelle persévérance dans la forme intermittente, dans le type-tierce! quelle netteté dans les accès (1)!

---

De la nature, du siége et du traitement de la fièvre puerpérale; par le docteur Guérin de Mamers.

(Premier article.)

Les anciens médecins regardaient la fièvre puerpérale comme un amas dans le ventre, ou du lait déjà séparé par les organes chargés de sa sécrétion, ou des humeurs destinées à le former.

Des hommes fort recommandables de notre époque regardent encore cette affection comme le résultat d'une métastase laiteuse sur la cavité abdominale, de même que l'aliénation mentale des femmes en couches comme le résultat d'une métastase semblable vers la tête.

La généralité des médecins de nos jours considèrent toutes ces idées comme absurdes. Parmi eux, les uns ne voient dans la fièvre puerpérale que l'inflammation d'une membrane séreuse, qu'une péritonite. C'est sous ce titre qu'en ont encore parlé les auteurs de traités *ex professo* publiés tout récemment. Pour les autres, c'est plutôt une métrite. Pour d'autres qui, partageant cette dernière opinion, veulent la préciser davantage, c'est une phlébite utérine. Suivant l'une ou l'autre de ces opinions, l'affection est considérée comme débutant par le péritoine ou par l'utérus. Dans ce dernier cas, lorsqu'elle s'est étendue de celui-ci au péritoine, elle constitue la métro-péritonite. Avec le temps c'est toujours à cet état et comme telle qu'elle existe.

Dans une autre opinion, la péritonite, sans être primitive, n'est pas pourtant toujours consécutive à une métrite; elle peut l'être aussi à une gastro-entérite provoquée par l'accouchement, comme la péritonite ordinaire à la gastro-entérite, par une autre cause.

Dans l'une de ces opinions, pour les uns la péritonite qui constitue la fièvre puerpérale ne se distingue en rien des autres phlegmasies séreuses, et

(1) Cette entéro-mésentérite compliquée d'irritation péritonéale, passant alternativement de l'état aigu à l'état chronique, n'a éprouvé ces nombreuses mutations avant son entière disparition, qu'à cause de l'emploi intempestif du sulfate de quinine qui, conjointement avec l'opium, le laudanum, la teinture de quinquina, etc., ne pouvait qu'accroître et entretenir l'inflammation de la muqueuse digestive. Quant à la première application de sangsues, elle fut trop timide; le régime trop peu sévère et surtout de trop courte durée pour obvier à cette réunion d'élémens inflammatoires. Un médecin physiologiste, confiant dans ses principes, aurait très-probablement, à l'aide d'un traitement antiphlogistique plus énergique au début, et secondé ensuite par les révulsifs à la peau et une diète sévère et long-temps prolongée, obtenu un succès complet sans faire courir à la malade toutes ces chances de rechute, que M***, d'après ses opinions médicales, attribue à une entité morbide contre laquelle il a cru combattre corps à corps. L. L.

surtout de la péritonite ordinaire. Comme elle, son unique caractère c'est l'intensité même de l'inflammation. Suivant les autres, au contraire, la péritonite puerpérale et la péritonite ordinaire présentent des nuances qui ne permettent point de les confondre entre elles. Parmi ces derniers, les uns cherchent les nuances dont ils parlent dans les symptômes, les autres dans les produits morbides.

Dans l'autre opinion, le trait caractéristique de la fièvre puerpérale est, suivant les uns, dans l'infection purulente dont se complique la phlébite, qui la constitue une prédisposition aggravante dérivant chez les femmes en couches de la condition générale où se trouve chez elles le système sanguin, tandis qu'il se trouve, suivant les autres, dans un *quid speciale* qui naît du *quid ignotum* des différentes constitutions.

Quant au traitement, suivant les uns, la méthode antiphlogistique n'offre que des ressources insuffisantes et précaires; les émissions sanguines, soit par les saignées générales, soit par les saignées locales, sont alors inutiles, et même promptement funestes; tandis que l'on obtient des succès, au contraire, presque constans par les mercuriaux et surtout par le calomel et l'opium, ou même employé seul; suivant d'autres le calomel et l'opium ne procurent point les succès qu'on leur attribue. Le traitement antiphlogistique est le plus avantageux, ou même le seul convenable. Les saignées générales copieuses (de 12 à 28 onces par une des veines du bras largement ouverte), répétées dans certains cas jusqu'à trois fois (quelquefois deux le même jour, à quelques heures de distance), et les saignées locales au moyen des sangsues en grand nombre (de 20 à 50 et au-delà), partagées entre la vulve ou le périnée ou le haut des cuisses et la région hypogastrique, constituent le principal moyen, la plus puissante ressource, et réussissent dans le plus grand nombre des cas, en leur associant les fomentations, les injections, les lavemens émolliens, les bains prolongés de demi-heure à une heure (en les donnant près du lit, et en frictionnant la malade que l'on enveloppe ensuite d'une couverture de laine chauffée), et vers le quatrième jour un léger purgatif, tel que l'huile de ricin, des vésicatoires ou des sinapismes sur la partie supérieure des cuisses, les articulations du genou ou les mollets, etc.

Suivant d'autres, on ne peut compter ni sur le traitement antiphlogistique, ni sur le calomel, etc. C'est aux mercuriaux employés à l'extérieur, autrement aux frictions avec l'onguent napolitain sur l'abdomen, qu'il faut recourir, sinon comme à un moyen certain, du moins comme au moyen le plus efficace et le plus sûr de succès.

Parmi ceux qui se louent également du traitement antiphlogistique, les uns préfèrent les saignées générales aux locales; d'autres au contraire celles-ci aux premières. Le motif de ceux qui préfèrent les saignées générales est qu'elles remédient mieux à la condition générale du système sanguin, où ils croient qu'existe, chez les femmes en couches, la prédisposition aggravante dont ils parlent.

D'autres enfin, et ce sont ceux qui ont le plus récemment écrit sur la matière, admettent que le traitement rationnel de la péritonite puerpérale se réduit encore aux seuls antiphlogistiques; mais, reconnaissant, à ce qu'il paraît, son insuffisance, ils indiquent comme source probable de nouvelles indications la détermination au moyen d'analyses chimiques de la nature différente des divers produits morbides propres à ces cas.

On le voit, dans les diverses opinions sur la nature, sur le siége, sur le caractère propre, sur le traitement de la fièvre puerpérale, tout est désaccord, confusion, incertitude. C'est à soi seul un travail de les reproduire avec quelque netteté, avec quelque précision. Affirmatif dans ses opinions, exclusif dans ses moyens, confiant dans quelques succès, attribuant à la gravité du mal de nombreux revers, chacun, probablement d'après des faits également bien observés, a ses vues fixes, son mode de traitement arrêté. Quelques-uns déclarent n'attendre plus en ce point rien de l'avenir pour les progrès de l'art, et cependant, en cherchant à constater à l'égard de la fièvre puerpérale l'état actuel de la science, combien il s'en faut que nous n'ayons plus rien à désirer!

La maladie est ignorée dans sa nature. Son caractère propre n'est point indiqué. Le mode d'action de ses causes et le rôle des appareils généraux dans sa production sont méconnus. Ses symptômes sont mal interprétés. On se méprend absolument sur la source de ses lésions organiques. Son histoire générale reste réellement à tracer. La question des humeurs et des indications qu'elles fournissent n'est point résolue. On accuse aujourd'hui le pus comme autrefois le lait. Aucun principe ne dirige dans son traitement. Il est à peu près le même pour tous les cas malgré la différence des époques et la diversité des formes. Peut-être les médecins expérimentés savent faire des distinctions; mais ils ne le doivent qu'à l'habitude, et faute de pouvoir indiquer sur quoi ils les fondent, elles restent perdues pour les autres. Enfin les résultats de la pratique générale sont là pour attester que, malgré les méthodes de traitement tour à tour vantées, la maladie continue à être communément funeste.

Est-elle donc réellement dans tant de cas au-dessus des ressources de l'art? Est-il dans sa nature quelque circonstance extraordinaire qui la rende en effet aussi souvent insurmontable? Ou bien, à raison même des idées qu'on s'est successivement faites de sa nature, jusqu'ici n'a-t-elle point été, en général, soumise à un traitement rationnel? Est-ce dans l'insuffisance, et souvent même dans l'action directement nuisible des méthodes curatives, autant et peut-être plus que dans la gravité même du mal, qu'il faut chercher la raison du résultat ordinaire des choses? Ce sera aux lecteurs à en juger, après avoir consenti à nous suivre sans idée préconçue dans les développemens où nous allons entrer et surtout après avoir soumis à l'épreuve décisive de l'expérience les vues que nous allons leur exposer.

Ce qui nous frappe d'abord dans la fièvre puerpérale, c'est la constitution irritable, le tempérament ordinairement nerveux des malades, l'extrême impressionnabilité des nouvelles accouchées, déjà très-prononcée avant l'accouchement, le développement rapide des accidens, leur production fréquente sous l'influence des causes morales, et plus fréquemment encore sous celle des miasmes; les douleurs intermittentes, mobiles, erratiles, comme rhumatismales des lombes, des hanches et des membres abdominaux; l'œdème de ces dernières parties qui, dans certains cas, succède aux douleurs (phlegmasia alba dolens), œdème analogue à celui qu'on observe parfois dans les cas d'apoplexie ordinaire, et dont le mode de formation,

comme nous le dirons plus bas, est le même que celui du gonflement de l'abdomen ; les frissons revenant à de certains intervalles ; de véritables accès de fièvre intermittente ; le caractère du pouls (petit, serré, fréquent, irrégulier, intermittent) ; l'état de la respiration (courte, élevée, anxieuse, dyspnéique) ; les hoquets, les nausées, les vomissemens continuels, parfois, sans que, jusqu'au dernier instant, il se manifeste aucun signe d'irritation phlogistique des voies digestives, et sans qu'à l'autopsie on en découvre aucune trace ; le gonflement de l'abdomen, sa grande distention sans aucun signe d'épanchement, au moins dans l'origine ; la tension quelquefois comme tétanique des muscles de cette cavité ; l'intermittence, la mobilité, l'intensité même des douleurs dont elle est le siége, son excessive sensibilité au toucher ; la difficulté, la rareté des urines, la constipation, ou même l'entière suppression des selles et des urines, l'intermittence générale des accidens, y compris la suppression des lochies elle-même, intermittence dont les accès s'associent plus tard au type contenu de manière à constituer comme un ordre spécial de fièvres remittentes ; les yeux brillans, scintillans, injectés, les bourdonnemens d'oreilles, les douleurs, la pesanteur de tête, l'exaltation des idées, la sensibilité au bruit et à la lumière ; l'agitation, l'insomnie, le trouble la perversion des facultés, des sens et du moral ; le délire qui, dans les cas graves, survient bientôt ; les allucinations, l'aliénation mentale décidée et autres affections cérébrales qui, surtout dans les classes supérieures, peuvent survenir plus tard ; le grippement de la face, sa rougeur et sa pâleur alternatives, comme dans les fièvres cérébrales ; la prompte décomposition des traits, les convulsions plus marquées dans les muscles des yeux, de la langue, des lèvres et des mâchoires (tétanos maxillaire ou *trismus*) ; les symptômes hystériques, les syncopes, l'abolition de quelques-uns des sens (surdité, etc.) ; le coma continu ou alternant avec le délire, les accidens ataxiques survenant parfois dès l'abord, et se développant toujours plus tard si le mal n'est pas promptement entravé dans sa marche ; l'apoplexie qu'il n'est pas rare de voir survenir ; des accidens congestionnaires analogues à ceux de l'apoplexie possibles sur tous les organes, soit à l'origine, soit dans le cours de la maladie ; la rapide succession de tous les symptômes, une prompte amélioration de l'état des malades, une prompte cessation de tous les symptômes sous l'influence de médications appropriées, ou une mort dont le fait et la promptitude ne sont en général nullement en proportion des lésions cadavériques que l'on rencontre à l'ouverture ; en sorte que ces lésions ne peuvent réellement en être considérées comme la cause directe, bien qu'on leur ait accordé jusqu'ici la première part d'attention.

Dans ce tableau, qui déjà n'a pas signalé une atteinte grave portée aux parties centrales du système nerveux ?

D'un autre côté, les femmes les plus généralement affectées de fièvre puerpérale, sont aussi d'un tempérament lymphatique. Depuis long-temps, à l'époque des couches, il existait une sorte de pléthore séreuse, une certaine flaccidité des chairs, une humidité, une décoloration plus ou moins marquée de la peau, une sorte d'infiltration, une sorte d'œdématie, notamment des membres abdominaux et du bas-ventre, une sorte de relâchement et de ramollissement de tous les tissus blancs. Si la femme succombe, on trouve dans la cavité abdominale et souvent aussi dans celles du thorax, du péricarde et de l'arachnoïde et même dans celle des synoviales, des épanchemens de sérosité et de lymphe concrescible, des flocons formés par celle-ci, des productions membraniformes dont elle fait également la base, ou de véritables membranes avec un appareil vasculaire déjà organisé, suivant la proportion relative des deux élémens de l'épanchement (la sérosité et la lymphe), et le plus ou moins de temps qui s'est écoulé.

Il suffirait de ces données pour attester ici l'affection du système lymphatique ; mais il est des résultats plus directs, des preuves plus patentes. Sur les côtés de l'utérus et à la surface des ligamens larges, on voit, quand les malades ont succombé, les vaisseaux lymphatiques du côté desquels on observe toujours, une augmentation marquée de volume, dans les cas même de grossesse et d'accouchement normal, les vaisseaux lymphatiques devenus apparens, se dessiner quelquefois sous forme de gros cordons au travers de la séreuse, au dessous de laquelle ils sont immédiatement placés. On les distingue à la ténuité de leurs parois, à leur teinte blanchâtre et comme laiteuse ou légèrement jaunâtre, aux flexuosités, aux renflemens remarquables, aux espèces de nouures blanchâtres qu'ils présentent d'espace en espace.

Cette altération de l'appareil lymphatique n'est pas bornée aux limites de l'utérus ou de ses anneaux ; on la constate aussi dans les ganglions de l'aîne, lesquels sont quelquefois devenus d'un volume considérable ; elle s'étend parfois aux vaisseaux lymphatiques, aux ganglions abdominaux (ganglions lombaires assez souvent ganglions mésentériques qui sont quelquefois tuméfiés, rouges ou grisâtres, à l'extérieur parfois ramollis, infiltrés de pus), au réservoir de Pecquet, et jusqu'au canal thoracique.

Nous ne parlons point de la composition toute lymphatique des séreuses ; personne n'ignore, à cet égard, le nom de Ruysch et ses immortels travaux, et le peu de succès de l'opinion récemment émise (pour soutenir celle de l'absorption par les veines), qu'il n'entre dans la composition des séreuses aucun ordre de vaisseaux.

Si l'affection ne s'est pas bornée aux organes du bassin et de l'abdomen, mais que les membres abdominaux y aient pris part (phlegmasia alba dolens), sans même qu'il soit nécessaire de procéder à l'autopsie, on constate de la manière la plus évidente l'affection du système lymphatique ; on suit de l'œil et au toucher les vaisseaux de cet ordre dans leur trajet ; on sent au travers de la peau les nodosités qu'ils forment de ce côté aussi d'espace en espace. En cas de mort, on trouve les vaisseaux lymphatiques du membre abdominal malade, ou des deux membres abdominaux, quand ils le sont devenus tous deux, rouges, gonflés, enflammés, cet état s'étendant quelquefois jusqu'aux plexus lymphatiques du bassin, à ceux de l'abdomen, aux différens troncs qui en naissent, et jusqu'au canal thoracique.

Dans ces cas (ceux de la phlegmasia alba dolens), l'affection des nerfs n'est pas seulement indiquée par les douleurs locales, elle a encore été constatée anatomiquement d'une manière aussi positive que celle des vaisseaux ou des ganglions lymphatiques. Ils ont été trouvés enflammés comme dans l'état de nervite.

Sans aucun doute, si les anatomistes qui ont constaté le fait de l'altération des nerfs des membres abdominaux dans la (phlegmasia alba dolens), eussent étendu leurs recherches au bassin et à l'abdomen dans la péritonite ou la métro-péritonite puerpérale, ils eussent également constaté celle des nerfs des parties plus spécialement affectées dans ces derniers cas.

Quant aux centres nerveux, nous n'en sommes pas réduits à de simples conjectures symptomatiques; le cerveau a été trouvé injecté, ramolli, et même, comme nous le verrons plus tard, en état de suppuration ou contenant de véritables abcès.

Tels sont, en effet, les deux élémens fondamentaux (1re lésion du système nerveux, tant celle des nerfs que des parties centrales; 2e lésion du système lymphatique, tant celle des vaisseaux que des ganglions) de l'affection que l'on désignait autrefois, et que nous avons cru devoir continuer à désigner aussi sous le nom de fièvre puerpérale, comme sous un terme d'observation clinique beaucoup plus exact, et d'une physiologie infiniment plus elevée que ceux de péritonite ou de métro-péritonite auxquels on s'est plus volontiers arrêté de nos jours.

L'existence de ces deux élémens, comme conditions principales de l'affection qui nous occupe, n'est pas seulement indiquée par les symptômes et constatée par l'autopsie cadavérique, elle l'est encore, comme on pourra le vérifier plus tard, par la nature des moyens employés contre elle et par les résultats thérapeutiques.

Elle est si positive que, long-temps après les couches, lors même que cette grande fonction s'est accomplie sans aucun accident immédiat, on retrouve dans les affections, même apyrétiques, qui peuvent survenir plus tard, les deux élémens que nous disons prédominer dans la fièvre puerpérale; ainsi, par exemple, dans la manie (manies puerpérales) qu'il n'est pas très-rare de voir survenir peu de temps après l'accouchement, surtout, conformément à ce que nous avons déjà dit, chez les femmes des classes élevées, dans les engorgemens des seins, dans certains œdèmes des membres, certains exanthèmes cutanés, certaines douleurs simulant celles du rhumatisme, etc. (1).

Comme toute autre maladie, la fièvre puerpérale consiste d'abord et avant tout dans une lésion nerveuse; mais elle se distingue des autres maladies qui résultent, comme elle, de l'association d'une lésion des tissus blancs à la lésion nerveuse, en ce que celle-ci offre un caractère prédominant plus marqué, soit dès l'origine, soit pendant tout le cours de la maladie, et que les parties centrales du système nerveux y jouent un rôle plus considérable, soit dans la production des premiers accidens, soit dans leur développement et celui des complications.

La première atteinte est éprouvée par les nerfs de l'appareil ganglionaire abdominal, fait sur lequel les douleurs mobiles, erratiles, dont nous avons parlé, ne laissent absolument aucun doute; mais, outre que l'affection peut débuter par les parties centrales de l'appareil cérébro-spinal, dans tous les cas, c'est sous l'influence de ces parties et par le fait de la lésion (sympathique ou directe) qu'elles ont éprouvée, que les accidens se développent.

Toutefois, si le système nerveux était le seul affecté, on pourrait bien observer tous les phénomènes de sensibilité et de mobilité qui constituent comme les prodromes de la maladie; mais ceux qui leur succèdent, tels que le gonflement et la tension des parties malades, et ceux qui annoncent l'épanchement, etc., ou le sent, ne s'observeraient pas.

Ici commence le rôle propre de l'appareil circulatoire, notamment celui de l'appareil lymphatique, et apparaît le second ordre de symptômes caractéristiques de l'affection.

Il est peut-être fort indifférent de dire comment les choses se passent; cependant, comme ce point n'a pas plus été éclairé par les théories du jour que par celles qu'elles ont remplacées, et que l'intelligence des choses est en tout un important élément de conviction, nous allons essayer de faire comprendre suivant quel mécanisme nous pensons qu'elles s'accomplissent ici.

Nous avons fait voir ailleurs (Physiologie du système nerveux, IIe livraison) que si l'absorption, l'exhalation et les sécrétions ne dépendent point immédiatement, indispensablement et nécessairement de l'appareil nerveux cérébro-spinal, ni même de l'appareil ganglionaire, toutes, cependant, sont puissamment influencées par eux, les moindres lésions des uns portant le trouble et le désordre dans les autres, ou même entraînant leur suspension complète.

Nous avons présenté (Ibidem, Xe livraison) l'appareil lymphatique comme un vaste réseau qui enveloppe toute l'économie, revêt tous les organes et les pénètre de toutes parts. Nous avons fait voir qu'il se faisait, entre toutes les parties de cet immense réseau, dont les anatomistes n'étaient encore parvenus à injecter qu'une faible partie, une circulation absolument indépendante et distincte de la circulation sanguine. Nous avons, ce nous semble, irrécusablement prouvé qu'il existe dans cet appareil un ordre d'exhalans absolument différens et distincts des exhalans artériels, tels qu'on les admet depuis les travaux de Bichat. Nous avons présenté ces exhalans ouverts à toutes les surfaces et dans l'épaisseur même de toutes les parties, comme une voie d'excrétion supplémentaire pour les cas extraordinaires, tantôt livrant seulement passage aux matières absorbées par d'autres divisions du même système, comme de simples conduits excréteurs, et tantôt remplissant le rôle de véritables organes de sécrétion, en apportant aux organes sécréteurs, en même temps que les vaisseaux sanguins et comme eux, les matériaux de leurs produits. Par cet ordre d'exhalans, méconnus jus-

(1) Le système nerveux et les organes génitaux offrent un développement et un degré d'activité relatifs toujours proportionnels. Les phénomènes de la première éruption des règles sont, pour la plupart, des phénomènes tout nerveux. Il est aujourd'hui constant que le principal siége de l'hystère est dans les centres nerveux.

Dans un certain nombre de cas, l'aménorrhée a été considérée et traitée par les praticiens les plus recommandables, comme une affection de nature nerveuse, c'est-à-dire, en donnant à ce mot le seul sens raisonnable qu'il puisse avoir, comme dépendant de l'état des centres nerveux. Les plus heureux moyens contre les affections de l'utérus sont, postérieurement aux émissions sanguines, les sédatifs propres du système nerveux (ciguë, morelle, pavot, laurier-cerise, etc.)

qu'ici, nous avons expliqué une foule de faits de physiologie et de pathologie, autrement inexplicables.

D'un autre côté, conformément à des principes que nous avions exposés dès 1821, et qui sont aujourd'hui professés par une foule de nos confrères, nous avons dit (Nouvelle Toxicologie, pages 19 et 356) que, lorsqu'une cause morbide vient à agir sur l'économie, le système nerveux qui en éprouve directement ou sympathiquement la première atteinte, manifeste les effets qu'il en ressent par une réaction plus ou moins marquée, suivant le degré même de l'atteinte qu'il en éprouve.... Celle-ci peut être tellement grave, que la puissance nerveuse, étant comme opprimée ou même rapidement anéantie, la réaction soit nulle et la mort fort prompte ou même instantanée..... Si, à raison de moins de violence dans l'atteinte que nous supposons, la réaction a lieu, l'influence nerveuse se précipite brusquement vers la partie primitivement lésée, s'il en existe une, ou, en cas de lésion seulement des parties centrales du système nerveux, vers une autre partie, à raison de quelque circonstance particulière. Le système circulatoire dont l'action, comme moyen de résistance, est toujours à la disposition de l'influence nerveuse, suit le mouvement que celle-ci lui imprime. De là, dans certains cas (par exemple, en toxicologie, ceux d'accidens produits par la morsure d'animaux venimeux, ou même par la simple piqûre des insectes), d'une part la douleur, les mouvemens convulsifs, l'angoisse, l'oppression, etc., les nausées, les vomissemens, les mouvemens anormaux de la totalité du tube digestif; de l'autre, le gonflement toujours considérable et quelquefois prodigieusement rapide des parties. De là, dans d'autres cas, par exemple, ceux des fièvres intermittentes, le fait de la congestion caractéristique des accès et tous les accidens secondaires qu'elle entraîne à sa suite; ou les premiers accidens de l'apoplexie, si la réaction sanguine, suite de la réaction nerveuse, s'opère du côté des centres nerveux eux-mêmes, suivant que la chose est possible et n'arrive que trop souvent, etc. Il y a perturbation générale dans l'action et dans le mode de distribution de l'influence nerveuse et du mouvement circulatoire; mais rien autre chose encore. Cependant l'individu peut succomber par une sorte de suffocation et d'anéantissement de la puissance nerveuse, ou par le fait d'une congestion violente sur un ou plusieurs des organes indispensables à la vie. Si cet état se prolonge, les mouvemens intimes sont troublés, pervertis; une modification se prononce dans la condition organique des parties, l'état d'irritation existe, etc. En cas de mort, l'individu succombe alors à un épuisement plus ou moins rapide de la puissance nerveuse, ou, en ce qui concerne les organes indispensables à la vie, à une altération de texture telle, qu'ils ont cessé de pouvoir accomplir leurs fonctions. On sent que, suivant les époques, les lésions cadavériques diffèrent essentiellement. Telle est, en considérant les choses dans le système sanguin, la manière dont communément marchent et se terminent la généralité des phlegmasies.

En supposant l'affection du côté du système lymphatique (ganglions ou vaisseaux), comme c'est le cas dans la maladie qui nous occupe, le mode de développement, d'enchaînement et de succession des accidens morbides est absolument le même : l'influx nerveux et le mouvement de congestion circulatoire qui leur succède se font ici comme dans les cas ci-dessus; seulement ils s'opèrent plus spécialement sur les tissus blancs, tandis qu'ils avaient plutôt lieu dans les cas de phlegmasies sur les capillaires sanguins, ou le tissu propre des parties.

Doués, conformément à ce que nous avons fait voir ailleurs (Phys. du syst. nerv., 10e et 11e liv.), des mêmes propriétés que les capillaires sanguins, revêtus comme eux (chose anatomiquement prouvée) d'un plexus nerveux ganglionaire, partout de cette manière, aussi en communication directe avec les centres ganglionaires et indirecte avec les centres cérébro-spinaux, et par là, partout sous l'action immédiate ou médiate de la puissance nerveuse, les vaisseaux lymphatiques sont les organes et le siége d'une circulation absolument analogue à celle qui s'accomplit dans les capillaires sanguins et par eux.

Cette circulation n'a pas seulement ses organes propres comme la circulation capillaire sanguine (organes analogues pour la texture, par les propriétés, agissant par les mêmes forces et sous les mêmes influences), elle est encore soumise aux mêmes lois. Les principes *ubi stimulus, ibi fluxus*, etc., et *duobus laboribus*, etc. (1), lui sont parfaitement applicables; ces principes qui, bien interprétés, renferment réellement toute la physiologie, toute la pathologie, n'ont pourtant été jusqu'ici entendus que des phénomènes relatifs à la circulation sanguine (2).

Conformément à ces principes, si un point d'irritation vient à se développer quelque part, dans quelqu'une des divisions du réseau lymphatique, les fluides que charrient ces vaisseaux sont appelés comme le sang lui-même (peu importe à notre objet suivant quel procédé), et une congestion lymphatique s'opère absolument de la même manière (abstraction faite de l'agent central d'impulsion qui manque ici) que la congestion sanguine dans les mêmes cas (3), je veux dire dans ceux d'irritation des capillaires sanguins ou d'irritation portant plus spécialement sur eux.

Ceci posé, dès lors, relativement à la fièvre puerpérale, tout le reste se conçoit.

Soit que l'accouchement ait été laborieux, soit que le froid extérieur ait agi sur la nouvelle accouchée, ou qu'à raison d'une hémorragie grave on ait été obligé d'en venir aux applications froides acidulées, ou que quelque cause morale soit venue commotionner un peu fortement la malade, ou qu'un certain nombre de femmes en couches étant réunies dans un même lieu, l'air se trouve chargé des prin-

(1) On a cru, dans ces derniers temps, interpréter beaucoup mieux Hippocrate par le mot *laboribus*, mais en entendant seulement par le mot *dolor* une modification de la sensibilité, et la douleur considérée dans son phénomène local n'est pas autre chose, il est manifeste qu'on a perverti l'aphorisme, car le dernier terme (*dolor*) a un sens infiniment plus grand, plus physiologique.

(2) Nous avons dit ailleurs qu'ils devaient s'entendre avant tout de l'influence nerveuse.

(3) Nous avons fait voir ailleurs encore que si l'action du cœur peut se faire sentir sur la circulation capillaire, celle-ci en est pourtant absolument indépendante, et que tous les jours, dans certains cas, on voit s'opérer les plus fortes congestions sanguines sans que rien annonce, soit dans les battemens du pouls, soit dans les mouvemens du cœur, que celui-ci y prenne aucune part (*Phys. du syst. nerv.*, 6e *livraison.*)

cipes qui s'exhalent alors de toute leur personne, et ont bientôt acquis, dans une atmosphère concentrée, le caractère de véritables miasmes. Dans tous les cas, il y a modification des centres nerveux, puisque toute impression, à moins d'être absolument inappréciable, leur est nécessairement transmise, qu'ils sont les organes propres de toute affection morale, de toute passion, et que tout annonce que les miasmes dont nous parlons agissent ici (comme dans la généralité des cas où l'on a reconnu qu'ils interviennent comme cause de maladies, notamment dans le plus grand nombre des cas de fièvres intermittentes idiopathiques) en vertu d'une action toute spéciale sur les parties centrales du système nerveux.

En partant de ce point commun, les choses achèvent de se passer d'une manière différente, suivant la nature des cas.

Dans le premier (celui d'un accouchement laborieux), les centres nerveux qui ont reçu d'abord les stimulations intermittentes, mais violentes, sans cesse renouvelées et long-temps prolongées, qui provoquent ou accompagnent les contractions utérines, et qui bientôt après reçoivent les stimulations moins vives, mais continues, de l'état d'irritation qui se prononcent; les centres nerveux réagissent vers le point de départ des impressions qu'ils reçoivent; leur influence se dirige et se concentre sur ces parties, l'état de douleur se maintient ou même s'aggrave; les lochies peuvent s'établir et continuer, mais la sécrétion laiteuse ne s'établit point, le lait ne monte pas.

Dans le second cas (celui de refroidissement extérieur), les centres nerveux ne reçoivent pas seulement l'impression de la cause, les fluides qui abondaient dans le tissu de la peau l'ayant brusquement abandonné pour se porter vers l'abdomen, qui est alors un centre général de fluxion; les centres nerveux reçoivent encore les impressions provenant de l'irritation produite par cet abord instantané; ils pourraient manifestement réagir vers la peau qui éprouve l'impression du froid, aussi bien que vers l'abdomen, qui est devenu le point de départ d'un nouvel ordre d'impressions; mais, abstraction faite de l'influence condensente et répercussive du froid extérieur, influence toute physique, que nous voulons négliger ici, ils doivent réagir vers l'abdomen, puisque des stimulations qui leur proviennent, les plus fortes sont de ce côté. Leur influence se dirige donc encore vers cette cavité; elle s'y concentre. Si l'équilibre n'est promptement rétabli par des moyens appropriés, l'état de douleur se développe encore de ce côté.

Dans le troisième cas (celui d'affection morale ou d'impression miasmatique), il y a réaction semblable de la part des centres nerveux, et comme, en admettant l'accouchement le plus heureux possible, l'abdomen n'en est pas moins toujours le siége d'un travail considérable, c'est encore vers lui que se dirige l'influence nerveuse, et sur lui qu'elle se concentre, de manière que l'état de douleur dont nous parlons plus haut ne tarde point encore à survenir (1).

D'après ce que nous avons dit précédemment il est manifeste que la sécrétion laiteuse et les lochies auraient pu se supprimer, dans tous les cas supposés, par le seul fait de la modification qu'ont éprouvée les centres nerveux; mais il y a maintenant une cause de plus, cause également puissante de son côté. Cette cause, c'est l'état morbide local qui existe déjà, consistant, il est vrai, encore seulement dans une modification de la sensibilité de l'utérus ou de ses annexes, mais enfin existant déjà à ce degré, ou mieux dans ce premier élement de l'état plus compliqué et plus grave qui va bientôt survenir.

D'abord, seulement dans les nerfs de ces parties, l'affection ne tarde pas à passer à leurs ganglions et vaisseaux lymphatiques. Conformément au principe que nous rappelons ci-dessus, *ubi stimulus*, etc., les courans de la circulation lymphatique, qui se dirigeaient vers les mamelles pour y porter, avec les vaisseaux sanguins et comme eux, les matériaux de la sécrétion laiteuse, ou pour tout autre usage que nous pourrions ignorer, changent de direction, et, comme on voit, pour une double cause, la sécrétion laiteuse ne s'établit pas ou est suspendue.

Cependant le mouvement de la circulation lympathique s'est concentré sur l'abdomen, où l'appelait une concentration primitive de l'influence nerveuse; une véritable congestion lymphatique s'est faite de ce côté, comme dans d'autres cas la congestion sanguine.

Dès-lors la fièvre puerpérale, existe avec ses principales conditions, caractérisée par ses principaux signes :

« La petitesse, la fréquence, la concentration du pouls, la difficulté, la rareté des urines, la constipation, suites peut-être en partie de l'irritation sympathique du cœur, de la vessie et du rectum, mais surtout de l'enchevêtrement de l'action nerveuse par la douleur, ou de la direction vicieuse qu'elle a prise.

» Les nausées, les hoquets, les vomissemens, suites de la lésion directe ou sympathique des parties centrales du système nerveux (notamment des centres encéphaliques) et de leur réaction sur la partie supérieure du tube digestif, etc.

» Le gonflement, la tension de l'abdomen (ce dernier caractère moins prononcé que dans la péritonite ordinaire) (1), les nouvelles douleurs ou le surcroît de douleur, suites de cette concentration anormale de l'influence nerveuse et du mouvement circulatoire, etc. »

Tel est le mode de génération et de production générales des choses.

La concentration de l'influence nerveuse et le mouvement congestionnaire qui lui succède s'opèrent plutôt, tantôt du côté de la surface interne de l'utérus sur sa membrane interne et sa substance propre, tantôt du côté de la surface extérieure de l'organe, et sur l'enveloppe qu'il emprunte au péritoine... De là, la forme de métrite ou celle de péri-

(1) Pour la transmission des impressions locales aux centres cérébrospinaux, et la réaction de ceux-ci, on n'a pas seulement les communications de l'un à l'autre des deux appareils nerveux (le gangl. et le céréb.); il existe des communications directes de ce dernier avec les séreuses.

Ainsi on sait aujourd'hui qu'outre les filets du grand sympathique, la plèvre en reçoit du pneumo-gastrique, le péricarde de ce nerf et du phrénique, etc.

(1) Dans la péritonite ordinaire et surtout chez les hommes, l'innervation, se portant plutôt sur les muscles, et la congestion lymphatique étant moins prononcée, il y a absence de météorisme, et plutôt tension comme tétanique des muscles de l'abdomen.

tonite simples ou compliquées entre elles (métro-péritonite, péritoni-métrite) suivant le plus ou moins d'intensité des causes et la plus ou moins longue durée des choses, formes observées à peu près dans la même proportion numérique, mais cependant plus particulières, l'une à la fièvre puerpérale, suite d'accouchement laborieux, l'autre à la même affection développée sous l'influence du froid extérieur et de toutes les variations atmosphériques, ou sous l'influence des miasmes.

Dans celle-ci (la fièvre puerpérale sous forme de péritonite, par action extérieure du froid), nous n'avons tenu compte que de l'impression faite sur la peau, transmise aux centres nerveux, puis de la réaction de ceux-ci vers l'abdomen; mais il est manifeste, d'après les rapports des fonctions existant de la peau aux membranes séreuses, qu'il y a ici à tenir compte d'une circonstance de plus dans l'interprétation des phénomènes, circonstance même tellement importante, que, sans aucune intervention des parties centrales du système nerveux, elle pourrait être admise comme suffisante à elle seule, à la production au moins du premier mouvement congestionnaire sur la séreuse abdominale (1). Nous n'avons pas besoin d'indiquer comme organes de ce mouvement les appareils capillaires sanguin et lymphatique.

Il est également évident que ce n'est pas seulement par la nature différente des causes, mais aussi par celle des tempéramens, des saisons et des climats, etc., qu'il faut expliquer le développement des accidens ou leur prédominance, plutôt du côté de la membrane interne de l'utérus, ou plutôt du côté de l'enveloppe péritonéale, et par suite l'apparition de l'affection plutôt sous forme de métrite ou de péritonite, etc.; mais revenons.

Dans le plus grand nombre des cas les choses se passent de l'une ou de l'autre manière que nous venons de dire, et l'affection apparaît sous l'une ou l'autre des formes que nous venons d'indiquer, mais il n'en est point toujours ainsi.

Dans certains cas où la réaction nerveuse et l'impulsion circulatoire ont lieu vers la face interne de l'utérus, les lochies ne discontinuent pas, mais les accidens les plus graves ne s'en succèdent pas moins avec rapidité, les forces nerveuses s'épuisent en partie par l'effet même de l'écoulement des lochies, et les malades, après avoir présenté le cortége plus ou moins complet des accidens ataxiques, meurent dans l'affaissement et la prostration. Cette forme est de la plus haute importance à distinguer, car, si l'on s'y méprend, et que l'on procède à la manière ordinaire, on ne fait que précipiter la perte des malades.

(1) Cette seule condition toutefois (je veux dire la simple impression du froid), et même la suppression de la transpiration qu'elle entraîne, seraient insuffisantes pour déterminer les accidens de la fièvre puerpérale, sans l'intervention du système nerveux, ce qui ne se déduit pas seulement avec certitude de la considération des symptômes tels que nous les avons exposés, mais encore du fait thérapeutique probablement peu connu, et que nous avons nombre de fois vérifié, savoir : que si, après avoir éprouvé les influences sous lesquelles les rhumes ordinaires se développent (froid, humidité, suppression de transpiration), l'on a recours aux sédatifs propres du système nerveux (jusquiame, laitue, morphine, etc.), on en prévient le développement.

Dans quelques cas rares, la direction de l'innervation et le mouvement congestionnaire se font sur un point du péritoine, autre que sa portion utérine, et alors on n'observe localement que les signes d'une péritonite ordinaire dans une certaine limite.

Dans d'autres cas, l'irradiation nerveuse et le mouvement fluxionnaire dont elle est comme l'avant-coureur, se font sur la muqueuse intestinale, et alors on observe dès le début la diarrhée, au lieu de la constipation qui est ordinaire, diarrhée incontestablement d'un mauvais augure, puisqu'elle annonce ou une plus grande perturbation de l'action nerveuse, ou une disposition phlogistique antérieure des voies digestives, et par conséquent une complication qui doit aussitôt entraver le développement régulier de la maladie ou la troubler dans sa marche.

Dans d'autres cas, l'influx nerveux et la congestion circulatoire ne se font sur aucun des organes, soit du bassin, soit de l'abdomen, mais bien sur ceux de la poitrine.

Dans d'autres encore, il ne s'opère aucune concentration de l'innervation sur l'une ou l'autre des deux grandes cavités splanchniques. On n'observe de leur côté aucun symptôme notable; tout se réduit à une excitation anormale des appareils nerveux et circulatoires, à une perturbation générale plus ou moins marquée de leurs actions, ou, s'il apparaît des signes de congestion, c'est du côté des centres nerveux eux-mêmes, et notamment du côté de l'encéphale qu'on les observe. De là autant de formes spéciales sous lesquelles la fièvre puerpérale peut se montrer, et notamment pour le dernier cas, celle de fièvre ataxique ou typhoïde primitive de certains auteurs. Dans ces cas la réaction sanguine qui se fait vers la tête peut être tellement violente, que les malades, tombant aussitôt dans le coma, meurent dans les vingt-quatre heures en état de véritable apoplexie.

Toutes ces formes où l'utérus et ses annexes semblent rester étrangers à l'affection, affection en apparence plus bénigne, mais dans la réalité plus grave, s'observent lorsque l'accouchement ayant été heureux, mais que quelque irritation ou prédisposition un peu prononcée à l'irritation, existant vers les autres organes, une cause active, telle qu'une vive émotion morale, ou les miasmes dont nous avons parlé viennent à agir sur les centres nerveux. Rien ne sollicitant alors la réaction de ceux-ci du côté des organes de la génération, elle a plutôt lieu sur les organes déjà malades ou disposés à le devenir. On conçoit ainsi comment les affections chroniques, lesquelles entraînent toujours une plus ou moins grande susceptibilité nerveuse, non-seulement entraînent par là une prédisposition à la fièvre puerpérale, mais deviennent elles-mêmes la source des plus fâcheuses complications.

Enfin il est une dernière forme peut-être la plus rare, mais aussi sans aucun doute la plus grave de toutes.

Elle apparaît à la suite des accouchemens qui, ayant été extraordinairement laborieux, sont par cela accompagnés d'une déperdition considérable des forces nerveuses. « Alors, en général, il n'y » a point de réaction, l'œil est terne et sec, les » traits sont décomposés, la voix éteinte; la peau » plombée, couverte d'une sueur froide; le pouls » misérable. Une réaction fébrile veut s'établir, » mais la nature reste impuissante, et la malade

» succombe dans les vingt-quatre ou trente-six pre-
» mières heures qui suivent l'accouchement. »

Dans ces diverses formes, quand les lochies se suppriment, ce qui arrive dans la presque universalité des cas, l'époque ordinaire de cette suppression est celle où s'est développé l'état de douleur locale. Tous les autres symptômes surviennent ensuite.

C'est à l'affection directe ou sympathique du cerveau que les nausées, les hoquets et les vomissemens du début doivent être attribués, et non, comme on le croit d'après certaines opinions, à ce que la péritonite débute par la portion gastrique, ou hépathique, ou diaphragmatique du péritoine. Les vomissemens sont bien un signe de l'affection du péritoine, mais ils ne lui sont point exclusifs, et alors même qu'ils se présentent comme symptômes de cette affection, ils ne dépendent directement que de celle des centres nerveux et de leur réaction sur l'estomac. Au début de l'affection qui nous occupe, leur principe et leur mécanisme sont absolument les mêmes qu'au début des fièvres cérébrales ou des affections éruptives chez les enfans, ou des fièvres intermittentes chez l'adulte, etc.

D'après cette idée, que les vomissemens étaient l'indice nécessaire d'une péritonite gastro-hépatique, ou diaphragmatique, des auteurs ont récemment donné l'absence de vomissemens comme un des signes qui annoncent que l'affection, bornée à l'utérus, ne s'est point encore propagée au péritoine; mais ceci n'est nullement exact; et quand l'observation et la nécroscopie n'auraient pas démontré le contraire, on aurait pu l'induire du seul fait des vomissemens, de l'état de grossesse, état où le péritoine n'est certainement pas malade, tout se réduisant manifestement à un jeu de sympathies, de l'utérus à l'encéphale, avec réaction de celui-ci sur l'estomac.

S'il était ici d'une très-grande importance pratique de distinguer l'une de l'autre, l'affection du péritoine de celle de l'utérus, resteraient donc uniquement, comme signe caractéristique de la première, le lieu et le caractère de la douleur, la tension de l'abdomen, le caractère du pouls, et surtout le grippement de la face (1).

Pour la gastrite les résultats de l'autopsie sont également positifs, puisque la muqueuse des voies digestives a presque toujours été trouvée saine et d'une blancheur parfaite. Quant aux symptômes, l'absence ordinaire de toute soif, de toute rougeur de la langue ne sont probablement pas des preuves de gastrite, et, loin qu'ils indiquent que ce soit d'elle que le vomissement dépende, suivant que d'autres le croient, on voit parfois cesser ce dernier, précisément à l'époque où les signes de la gastrite apparaissent.

Dans le développement des accidens ataxiques par l'action directe des causes, ou par sympathie, il y a vomissement ou non, suivant le degré de la lésion des centres nerveux. Si cette lésion est très-grave, les vomissemens manquent. On sait que dans les fièvres cérébrales ils n'ont lieu qu'au début, et qu'ils sont nuls dans l'apoplexie. Déjà nous avions noté ce fait relativement aux convulsions. (*Voy.* nos Irrit. enceph., etc., 3e art. 1827.)

Comme nous ne traitons point de la fièvre puerpérale sous le rapport du diagnostic, nous n'avons insisté sur les symptômes propres de cette affection, qu'autant qu'il était nécessaire pour fixer les idées sur sa nature, et appeler l'attention sur des formes généralement méconnues et pourtant du plus haut intérêt à ne confondre avec aucune autre. Disons aussi quelques mots au moins des complications les plus importantes.

Si les centres nerveux jouent, comme nous venons de le voir, un rôle important, le plus important même dans la production et le développement des accidens de la fièvre puerpérale, à tel point que sans eux, quelle que fût d'ailleurs l'activité des causes, l'affection ne se développerait pas, ce ne sont pourtant pas eux, hors les cas rares dont nous avons parlé, qui sont le siége réel du mal. Mais ces parties, dont les rapports, comme la sphère d'activité, n'ont d'autres limites que celles même de l'économie, ces parties qui sentent pour et avec toutes les autres, ne reçoivent pas seulement directement, ou par le moyen des nerfs, la première atteinte de toutes les causes morbides, elles sont encore le terme ou l'aboutissant commun de toutes les impressions qui peuvent provenir de tout autre point de l'économie malade. Elles répondaient à ces causes avec tout le degré de susceptibilité qui existait en elles dès avant l'accouchement, susceptibilité qui s'est accrue par le fait de celui-ci, et que l'affection des organes devenus malades a porté à son dernier terme. Leur action seule, d'abord, a été augmentée ou troublée; mais par la persistance des choses l'état d'irritation s'est aussi développé en elles. De là, de leur côté, une affection idiopathique décidée et une véritable complication (accidens cérébraux ou ataxiques, fièvre ataxique ou typhoïde secondaire de certains auteurs), complication la plus grave de toutes, puisque c'est par elle surtout que les malades succombent.

La diarrhée que nous avons dit s'établir dans quelques cas dès le début de la fièvre puerpérale, n'est point alors une complication, mais bien un symptôme dérivant de la nature même de ces cas. Mais si, au lieu de diarrhée, c'est au contraire la constipation qui s'observe d'abord en général, cet état des voies digestives ne se maintient pourtant pas toujours durant tout le cours de l'affection. Si le mal n'est point entravé dans sa marche, il se propage, soit par continuité de tissus, soit par sympathies, soit autrement, de l'utérus ou de ses annexes, et de la séreuse abdominale à la muqueuse intestinale; l'état de constipation, qui en était peut-être déjà lui-même comme un premier degré, cesse, et en sa place un flux intestinal s'établit plus ou moins abondant, et accompagné de symptômes généraux plus ou moins graves, suivant la nature des cas. Si cette complication, n'entraînant point les mêmes dangers immédiats, n'a pas la même gravité que celle qui naît de l'affection des centres cérébro-spinaux, elle en a pourtant une considérable, puisque, si elle est abandonnée à elle-même, ou mal traitée, elle peut exaspérer la métro-péritonite, si celle-ci existe encore; la reproduire, si elle n'existe plus; y donner même lieu dans les cas où la fièvre puerpérale n'avait point d'abord affecté cette forme, ou bien conduire à la complication ataxique, et entraîner par conséquent les mêmes résultats que celle-ci, seulement dans un terme plus éloigné; ou bien enfin amener un résultat analogue par la colliquation, c'est-à-dire par l'épuisement des forces nerveuses que l'écoulement amène. Aussi

(1) Le grippement de la face existe aussi dans la péricardite.

coïncide-t-elle dans le plus grand nombre des cas avec l'aggravation générale des symptômes.

Toutefois il est important d'observer qu'à l'époque dont nous parlons, la diarrhée n'a pas toujours le caractère d'une complication fâcheuse; mais que, loin de là, elle peut être critique, et par conséquent d'un heureux présage. On juge de son véritable caractère par sa coïncidence avec l'amélioration de l'état des malades.

Le *phlegmasia alba dolens* des nouvelles accouchées n'est qu'une complication, ou comme un accident de la fièvre puerpérale (1).

L'affection des membres abdominaux dans cet état, est absolument de même nature que celle du bassin et de l'abdomen dans la métrite ou la péritonite des mêmes cas; aussi se développe-t-elle sous l'influence des mêmes causes, et les prodromes sont-ils les mêmes.

Cette affection (le phlegmasia) pourrait bien être primitive chez les femmes en couches, puisqu'elle se développe chez la femme dans l'état ordinaire, ou même chez l'homme; mais l'époque de son développement chez les nouvelles accouchées indique qu'elle est, en général, chez elles un effet sympathique de l'affection du bassin ou de l'abdomen; effet, dans ce cas comme dans tant d'autres, souvent plus prononcé que l'affection primitive elle-même.

L'affection des ganglions inguinaux par laquelle elle débute pour s'étendre ensuite aux vaisseaux lymphatiques de la partie interne de la cuisse, puis aux ganglions poplités et aux vaisseaux lymphatiques de la jambe, a le même principe que celle de ces parties (ganglions et vaisseaux lymphatiques), dans les cas d'irritation génito-urinaire (blennorrhagie, etc.); seulement, elle est plus grave parce qu'il y a ici une lésion des parties centrales du système nerveux, qui amène ultérieurement un violent mouvement congestionnaire, et par celui-ci toute la série des autres accidens.

Idiopathique ou primitive, le mode de développement n'est pas moins dans tous les cas identique... Comme celle du bassin et de l'abdomen, c'est d'abord un simple état de douleur vague, mobile, que le toucher n'augmente pas, jusqu'à ce que, le mouvement congestionnaire s'opérant, la sensibilité au toucher se prononce en même temps que le caractère tensif et pulsatif des douleurs.

Ce mouvement de congestion dont nous parlons a lieu d'abord sur les nerfs et le tissu propre des ganglions et des vaisseaux lymphatiques; mais ici, comme dans la métro-péritonite, il ne se borne pas plus à eux que, dans les cas où les vaisseaux sanguins sont plus particulièrement intéressés, il ne se borne à ce dernier ordre de vaisseaux. Là, comme du côté du bassin ou de l'abdomen, lorsque l'affection se présente à l'état de métrite ou de péritonite, ou sous ces deux formes réunies, elle agit aussi sur le tissu cellulaire.

Dans cette succession de symptômes, il y a coïncidence d'une diminution des douleurs avec le gonflement de la partie du membre qui en avait été le premier siége (on sait que c'est toujours la partie supérieure), parce que, en s'étendant, l'irritation et le mouvement congestionnaire se trouvent, pour ainsi dire, disséminés; mais les douleurs se reproduisent bientôt par le gonflement et la distension générale des parties auxquelles donne lieu la congestion. Ces deux ordres de douleurs, dont les premières ne sont encore que celles de la névralgie, ou, ce qui est la même chose, celles des phlegmasies à leur premier début, ne sont pas moins importantes à distinguer ici que dans l'affection du bassin et de l'abdomen, qui constitue la fièvre puerpérale sous forme de métrite ou de péritonite.

Le mode du développement du *phlegmasia alba* que nous indiquons ici est si vrai, que le gonflement du membre est par fois comme la crise de la fièvre qui précède toujours l'affection. Les centres nerveux semblent alors avoir épuisé leur activité, par le fait du mouvement congestionnaire qu'ils ont déterminé sur le membre malade, et il n'y a plus de fièvre jusqu'à ce que les accidens de la phlegmasie locale qui succède au mouvement congestionnaire viennent la reproduire.

Dans es cas même où le *phlegmasia alba* ne se développe qu'après le premier septenaire, comme il arrive en général, on pourrait très-bien admettre aussi qu'il dépend primitivement de la même cause que la métrite ou la péritonite à laquelle il paraît succéder. Les ganglions et les vaisseaux lymphatiques du membre auraient alors dans l'origine subi, sous l'influence de cette cause, la même modification que l'appareil lymphatique du bassin ou de l'abdomen; mais du côté de ceux-ci l'effet étant plus prononcé, leur affection se serait manifestée la première; elle aurait en partie parcouru ses périodes; puis celle du membre aurait apparu, conformément à ce qui se passe dans d'autres cas de lésion simultanée de parties congénères, ou de tissus analogues.

De toute manière on voit que, pour le développement de cette affection, il n'y a à supposer, comme condition nécessaire, aucune lésion physique, aucune violence mécanique pendant l'accouchement.

Bien que nous ne devions traiter ici, conformément au titre de ce mémoire, que des accidens aigus ou pyrétiques qui peuvent survenir à la suite des couches, nous noterons cependant comme complication ou conséquences graves de la maladie qui nous occupe, la manie puerpérale, état caractérisé par le délire et autres accidens nerveux sans symptômes fébriles, que par conséquent on ne peut confondre avec l'encéphalite, etc., et pour lequel du reste nous renvoyons à notre Mémoire sur l'Aliénation mentale.

Pour les fièvres intermittentes qui peuvent venir compliquer la fièvre puerpérale, ou survenir après elle, nous renvoyons de même à notre mémoire sur cet ordre d'affections.

Si nous présentons ici la lésion du système nerveux, et celle du système lymphatique, comme les deux principales conditions, comme les élémens constitutifs de la fièvre puerpérale, qu'on ne pense pas toutefois que nous entendions nier la part qu'y prend, et pour laquelle y concourt le système sanguin, et même le tissu cellulaire. Cette part, comment pourrions-nous la méconnaître? L'injection du péritoine, les points rouges, noirâtres, dont on le trouve souvent parsemé, l'injection du tissu cellulaire sous-péritonéal, les ecchymoses, les véritables épanchemens sanguins qui se font dans les mailles de ce tissu, ou même dans la cavité du péritoine; en cas de *phlegmasia alba*, l'infiltration du tissu cellulaire des membres abdominaux par sérosité rougeâtre; le pus trouvé à l'autopsie, si la mort n'a pas été très-prompte, soit en couches à la surface du péri-

(1) Chez les mêmes femmes on a vu se développer, à la distance de quelques jours, par l'exposition à un air froid et humide, le *phlegmasia alba* et la péritonite.

toine, soit en état d'épanchement dans la cavité abdominale, soit sous forme d'abcès dans le tissu cellulaire, soit dans la cavité même des vaisseaux sanguins, les veines, tant de l'utérus ou de ses annexes que des membres abdominaux, enfin tous ces résultats, de même que les symptômes à eux seuls, ne permettent pas de s'y méprendre ; mais cette part que nous reconnaissons, aux symptômes, à la nécroscopie, et, comme on pourra le voir plus tard, à la thérapeutique, tout indique qu'elle n'est ici qu'accessoire et secondaire (1).

Les symptômes les plus notables n'indiquent pas seulement par leur nature, conformément à ce que nous avons dit, le caractère nerveux (2) de l'affection, surtout à son origine ; mais ils l'indiquent encore par l'époque même à laquelle on les observe ; car, dans ces cas, comme au reste dans d'autres cas auxquels nous les avons comparés, à l'époque où l'on observe ces symptômes, le peu de temps qui s'est encore écoulé, rend absolument impossible la supposition d'un état véritablement phlogistique. Il en est de même pour les résultats thérapeutiques, de la rapidité du mieux dans certains cas, sous l'influence d'une médication appropriée.

Certes, dans les cas de phlogose grave, on ne voit pas les malades revenir dans l'espace de quelques heures, et souvent même instantanément, pour ainsi dire, de la mort à la vie.

On ne trouve pas toujours, il est vrai, à l'autopsie des preuves anatomiques directes de la lésion du système lymphatique. Nous l'avons reconnu en parlant de ce genre de résultats, et on aurait pu suffisamment le prévoir d'après le tableau général que nous avons tracé des diverses formes sous lesquelles l'affection peut apparaître ; mais, alors même que l'affection ne paraît pas avoir plus particulièrement son siége dans ce système, celui-ci n'en joue pas moins toujours, après le système nerveux, le rôle le plus important dans la production et le développement de ses accidens.

On avait jusqu'ici, dans les cas où la fièvre puerpérale apparaît sous forme de métrite, noté seulement l'affection des sinus et des veines de l'utérus; mais, sans parler de ce qui se présumait au moins, d'après l'état des choses, dans le *plegmasia alba*. Déjà les intéressantes recherches du docteur Tonnellé ont fait voir que l'on ne rencontre pas moins souvent, dans la métro-péritonite, l'affection des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, que celle des vaisseaux sanguins. Que l'on n'oublie point d'ailleurs que l'anatomie pathologique du système lymphatique est encore à son berceau et qu'elle sera toujours plus difficile.

Si la fièvre puerpérale, ou même, en spécifiant la plus ordinaire de ses formes, si la péritonite puerpérale était une affection essentiellement phlogistique ou sanguine, les femmes qui ont perdu le plus de sang pendant la grossesse, le travail de l'accouchement ou immédiatement après, seraient-elles précisément celles que la péritonite affecte le plus souvent? En cas de mort, trouverait-on alors la séreuse abdominale d'un blanc mat, à peine injectée ; fait constaté par des hommes dont l'autorité ne peut être ici récusée, puisque leur vie presque entière a été consacrée aux recherches d'anatomie pathologique, et que personne n'a embrassé avec plus d'ardeur, dans tous ses développemens, la doctrine aujourd'hui dominante. Les cas les plus graves, ceux qui deviennent plus rapidement mortels, ne seraient pas précisément ceux où l'on trouve, du côté du péritoine, moins de traces d'inflammation. Les anti phlogistiques seraient ici les seules ou du moins les plus puissantes ressources de l'art, et nous verrons qu'il n'en est point ainsi.

(1) La part que le système sanguin prend à l'affection est plus prononcée dans la péritonite ordinaire.

(2) Nous espérons que l'on n'entendra pas ce mot à la manière d'autrefois, mais qu'on lui donnera un sens raisonnable.

---

Du choléra-morbus qui a régné en Belgique; par le docteur Marcq, membre de la commission médicale du Hainaut, etc.

L'épidémie de Paris était sur son déclin, lorsque le choléra éclata en Belgique. Son histoire, qui diffère peu de celle de toutes les épidémies du même genre, offre néanmoins quelques particularités qu'il peut être utile de connaître. Notre gouvernement, comme on le sait, avait établi un cordon sanitaire, et soumis à une quarantaine de six jours, toutes les provenances des lieux où régnait la maladie. Malgré ces mesures préventives, le choléra franchit la frontière et se déclara à Courtrai. A cette époque, nous étions encore à Paris : nous fûmes rappelés immédiatement, et bien qu'il ne pouvait y avoir de voyageurs dont les vêtemens fussent plus imprégnés que les nôtres, on nous dispensa de subir la quarantaine si sévèrement imposée aux autres.

En rendant compte du résultat de notre mission, nous déclarâmes que, selon nous, la maladie n'était pas contagieuse. Ceux qui nous avaient honorés de leur confiance ne partagèrent pas notre opinion, et, en conséquence, il fut décidé que le cordon sanitaire, quoique déjà dépassé sur plusieurs points par le choléra, serait maintenu, et que, dans tous les lieux où apparaîtraient les préliminaires de l'épidémie, on séquestrerait avec soin toutes les familles infectées, à l'imitation de ce qui avait été fait, avec tant de succès, disait-on, à Edimbourg.

Des commissaires chargés de faire exécuter cette espèce d'isolement, furent envoyés partout où se manifestait d'abord le choléra. Le hasard voulut que, dans les premiers temps, il n'y eût que quelques malades. Le choléra ne faisait qu'effleurer, pour ainsi dire, notre population ; à peine avait-il paru dans un endroit, que déjà il avait cessé d'y être pour se montrer un instant dans un autre. Il n'en fallut pas davantage pour faire croire à la réelle efficacité de la mesure. On cria victoire ; chaque jour les journaux annonçaient un nouveau triomphe, et le choléra, après avoir envahi et traversé toute l'Europe, semblait enfin n'avoir atteint la Belgique que pour y trouver son tombeau. Malheureusement, ce miracle, comme bien d'autres, ne fut qu'une nouvelle déception, une illusion de plus. L'épidémie se développa avec violence à Bruxelles, à Mons, à Gand, à Hal et dans plusieurs autres villes du royaume. L'isolement devint inutile, bientôt inexécutable, et, comme ailleurs, il fallut subir les rigueurs d'un mal que l'on croyait avoir surpris et vaincu dans sa source.

Je suis loin de vouloir blâmer les tentatives que l'on a faites, je ne puis, au contraire, qu'applaudir aux intentions philanthropiques de ceux qui en ont

conçu l'idée ou donné le conseil; mais je signale ce qui s'est passé comme exemple, comme fait à enregistrer dans les annales du choléra-morbus. M. Moreau de Jonnès, qui a conseillé à notre gouvernement la mesure isolante dont nous parlons, en tirera telle conclusion qu'il jugera à propos, ce fait n'en servira pas moins à démontrer, encore une fois, l'inutilité des cordons sanitaires, des quarantaines et des séquestrations.

Et pourtant l'on a touché de près à l'erreur. Que n'aurait-on pas dit et affirmé sur les avantages de l'isolement si, après avoir ainsi séparé de la société ceux qui devaient y répandre le poison contagieux, l'épidémie ne s'était pas manifestée? N'aurait-on pas oublié, comme probablement on l'a oublié à Edimbourg, tout ce qui appartenait à l'influence épidémique et à son intensité plus ou moins grande, pour ne penser qu'aux prétendus effets de la mesure employée? Nous avons vu en Belgique ce que l'on a remarqué partout. Quelques personnes dans un endroit étaient tout à coup prises du choléra; après exacte et bonne enquête, il était reconnu que ces personnes n'avaient été en relation ni avec des cholériques, ni avec des individus arrivant de lieux où sévissait la maladie. Il n'y avait donc pas importation, la cause productrice était donc locale, épidémique. Or, il s'ensuivait évidemment que l'isolement, qui ne peut écarter de nous que les maladies transmissibles par contact, ne pouvait rien contre une pareille cause, et dès-lors il était facile de sentir que si le choléra se bornait à atteindre çà et là quelques malheureux, c'était uniquement parce qu'alors cette cause occulte n'avait pas assez d'intensité pour étendre et multiplier ses ravages. Quoi qu'il en soit, le fait est que l'on a été trompé, et que l'isolement, sur lequel on avait fondé tant d'espérances, n'a pas arrêté les progrès du choléra-morbus en Belgique. J'ai indiqué la cause de l'erreur, je l'abandonne aux réflexions de ceux qui s'occupent de la question de contagion.

Quant à ce qui concerne la nature et le traitement de la maladie, nous avons eu aussi à déplorer le désaccord d'opinions qui a jeté l'anarchie parmi tous les médecins de l'Europe. Le schisme médical a marché avec l'épidémie. Notre choléra, comme celui de France, a eu ses *punchistes*, ses *madéristes*, et peut-être aussi ses *carbonaristes*. L'un a été sectateur du vin, l'autre partisan de l'eau; chacun, du reste, a conservé sa conviction intime sans pouvoir aucunement la transmettre aux autres, et nous sommes ainsi demeurés dans une espèce de *statu quo* scientifique, accueillant tout à la fois et le pour et le contre tel qu'il nous arrivait de l'étranger.

Tous les médecins belges, députés pour aller étudier l'épidémie de Paris, avaient unanimement proclamé les avantages du traitement antiphlogistique; ils avaient l'espoir que cette opinion serait reçue et partagée par leurs confrères, dont la pratique, depuis quinze ans, était en général toute physiologique; ils se trompaient. J'ai vu l'eau froide administrée avec confiance, mais aussi j'ai vu prodiguer le punch, le laudanum, le camphre, ou la potion saline du docteur anglais, avec plus de confiance encore. Ainsi, comme je le disais tout à l'heure, même vague, même dissidence, même confusion que dans tous les autres pays.

Oh! que M. Broussais a raison! nos cerveaux ne se ressemblent pas, dit-il, et c'est pour cela qu'il ne nous est pas donné à tous de voir les choses de la même manière. C'est une vérité qui se reproduit tous les jours, en tous lieux, partout où il y a des hommes, et même au sein des Académies les plus savantes. Demandez en quoi consistent les troubles considérables qui convulsent le canal digestif dans le choléra; les uns répondent que cet appareil est en proie à une irritation extrême, les autres, au contraire, n'y voient qu'une perversion du système nerveux, perversion aussi extraordinaire qu'inexplicable; mais enfin perversion qui n'est ni de l'irritation, ni de l'inflammation. Les discussions sont sans fin, les débats sont éternels, on tourne cent fois dans le même cercle, et après cela on discute et l'on se débat encore.

Toutefois, je persiste à croire que la médecine physiologique a raison. Irritation sécrétoire, catarrhale si l'on veut, phlegmasie des voies digestives, tel est le phénomène morbide le plus incontestable du choléra. Dans notre rapport général au conseil supérieur de santé de notre royaume, nous avons dit cependant que nous ne pouvions admettre entièrement l'opinion du célèbre professeur, qui attribue à cette phlegmasie générale du tube alimentaire et la paralysie du cœur, et la cyanose, et l'asphyxie, et pour expliquer ces graves désordres, nous avons supposé l'influence directe de l'agent morbifère sur les centres nerveux. M. Broussais, en rendant compte de notre travail, réfute cette opinion que nous avons émise. Pour ma part, je n'insisterai pas à la défendre, j'y crois encore, parce qu'il y a dans les phénomènes du choléra, et surtout dans l'arrêt subit de la circulation qui produit la cyanose, quelque chose que l'on ne voit pas dans les gastro-entérites ordinaires, et ce quelque chose, à mon avis, appartient au dérangement primitif de l'innervation. Mais, j'en conviens, ma croyance à ce sujet n'est pas une vérité susceptible d'une démonstration positive. Il se pourrait que la différence que nous observons ne fût que l'expression sympathique d'une différence dans la forme, dans l'intensité ou dans l'étendue de l'inflammation; mais ce n'est là aussi qu'une hypothèse, car en expliquant ainsi la spécialité qui constitue le choléra et qu'il faut bien admettre, on suppose également un élément inconnu, et bien certainement cet élément supposé n'est pas non plus une vérité. Au reste, quelle que soit la manière dont on envisage le fait sous ce rapport, que l'on fasse dépendre les désordres de l'innervation de l'inflammation gastro-intestinale, ou que l'on pense qu'ils se développent coïncidemment sous l'action immédiate du miasme cholérique, il suffit que l'on admette cette inflammation, pour que l'on soit d'accord sur l'emploi des moyens curatifs, et dans ce sens, nous ne nous sommes en rien écarté de la médecine physiologique

On a maintenant dit tout ce qu'il est possible de dire pour démontrer l'existence de la phlegmasie du tube alimentaire dans le choléra-morbus, il serait donc à peu près inutile de le redire encore à ceux qui ont vu les angoisses abdominales, les vomissemens, les selles abondantes, la soif, etc, sans craindre de sur-irriter des organes qui exprimaient ainsi leurs souffrances, et il serait superflu de le répéter à ceux qui savent et sont convaincus que des convulsions, des douleurs et des sécrétions copieuses ne sont ni le produit de l'asthénie, ni celui de la névrose. Mais il est un point sur lequel je crois devoir m'arrêter plus particulièrement, parce que jusqu'à présent il n'a pas été suffisamment éclairci, et que d'ailleurs il est important à examiner.

Selon M. Broussais, le choléra abandonné à lui-même est constamment mortel, et par conséquent tout traitement quel qu'il soit est préférable à l'inaction. M. Van Mons et moi n'avons pas été de cet avis. Malgré toute notre admiration pour le talent observateur du chef de l'école dont nous faisons partie, il nous a été impossible de croire que dans un état phlegmasique il valait mieux stimuler, au hasard et à tous risques et périls, que de s'en tenir tout simplement à écarter de l'économie les agens capables d'en accroître les désordres. Depuis lors, j'ai eu l'occasion de voir des faits qui ont complètement confirmé ce que nous avions avancé. Il est presqu'impossible, nous dit M. Broussais, que dans notre société telle qu'elle est, on n'ait pas au moins frotté et chauffé un cholérique. Il nous manque, a-t-on dit, dans le premier rapport de l'Académie sur le choléra-morbus, des exemples de choléra regulièrement observés sous la seule action des forces de la nature, et indépendamment de toute modification médicale. Eh bien! ce qui est presqu'impossible selon M. Broussais, M. Fromont, médecin de l'hôpital militaire de notre ville, et moi l'avons fait, et ce qui manquait à messieurs les rapporteurs de l'Académie, nous croyons l'avoir trouvé.

Dans la ferme persuasion où nous étions que l'art ne peut rien dans la période algide du choléra, nous n'avons pas craint de traiter des cholériques froids, sans pouls et cyanose, en ne leur administrant que de l'eau en petite quantité. Ces cholériques n'ont été ni réchauffés, ni frictionnés, ni cautérisés, ni orties, ni laudanisés; on les a placés dans un lit, ils ont bu de l'eau froide, voilà tout; et la chaleur est revenue, et le pouls a reparu, et les crampes et les vomissemens ont cessé. On en trouvera la preuve dans les faits suivans, si toutefois on veut bien leur accorder quelque confiance. Je les rapporterai de la manière la plus abrégée possible, afin d'éviter au lecteur le fastidieux des détails que tout le monde connaît actuellement.

Observation première. — Alexise Poplumont, ménagère, âgée de 36 ans, d'un bonne constitution, éprouvait depuis quelques jours une diarrhée assez forte, lorsque tout-à-coup et après avoir assez copieusement soupé, elle sentit un malaise considérable, qui fut bientôt suivi de vomissemens, de selles et de crampes douloureuses. Toute la nuit se passa dans cet état. Elle était dévorée par une soif ardente; elle ne but que de l'eau.

Le lendemain, vers dix heures du matin, refroidissement des extrémités, cyanose de la figure et des mains, yeux excavés, langue nette, platte, froide; respiration oppressée, pouls petit, faible, accéléré; urines supprimées, crampes, vomissemens. (Eau froide, diete.) A midi, et sans que l'on ait fait aucune médication active, la réaction se manifeste, la peau se réchauffe, le pouls se développe, la teinte cyanique disparaît, les vomissemens deviennent rares.

Le troisième jour, la réaction se maintient et ne dépasse pas les bornes nécessaires à un prompt rétablissement; la malade est parfaitement bien. Quelques jours de diète sévère et l'usage des boissons adoucissantes suffisent pour la conduire bientôt à la convalescence.

Observation deuxième. — Leping, soldat au 10e régiment d'infanterie de ligne, était atteint depuis deux mois d'une diarrhée légère, pour laquelle il avait été admis à l'hôpital de Louvain. Au moment où il se trouvait presque rétabli, on l'évacua sur Charleroy. En route, il fut pris de vomissemens violens et de selles abondantes, avec douleurs abdominales et crampes dans les membres. Il arrive le même jour, 9 octobre, à l'hôpital militaire de notre ville. Son pouls conservait une certaine force, et la température de la peau n'était pas très-abaissée. (Eau froide, 20 sangsues à l'épigastre, diète.)

Le 10, à la visite, refroidissement complet, pouls totalement effacé, teinte cyanique, période algide bien caractérisée. (Eau froide, diète, abstinence stricte de tous moyens tant internes qu'externes.)

Le 11, après environ vingt heures de froid et d'absence de pouls, la peau commença à reprendre de la chaleur, le pouls radial est sensible, les vomissemens ont cessé, les selles sont devenues moins fréquentes, les crampes n'existent plus. (Eau froide, diète.)

Le 12, la réaction est très-prononcée; la figure du malade est rouge, sa tête est embarrassée, le pouls est élevé et fréquent, la peau est un peu brûlante (Saignée de huit onces le matin et de dix onces le soir, eau d'orge, diète.)

Le 13, amélioration, mais les symptômes de réaction ne paraissent pas encore suffisamment affaiblis. (Nouvelle saignée de dix onces, eau d'orge, diète.)

Le 14, mieux prononcé. (Diète, boissons douces.)

Le 15, l'appétit se fait sentir; on accorde du bouillon de veau, et le malade entre en convalescence.

Observation troisième. — Duflou, caporal au 8e régiment d'infanterie, blond, maigre, délicat, était entré à l'hôpital pour une affection vénérienne. Le régime auquel il était soumis était tout-à-fait adoucissant, et il ne subissait d'ailleurs qu'un traitement purement antiphlogistique (1). Dans la nuit du 8 au 9 octobre, il éprouva des vomissemens avec douleurs épigastriques, et crampes dans les jambes.

Le 9, à la visite du matin, vomissemens continuels, quelques selles, crampes, langue rouge sur les bords, soif, pouls resserré, peau encore chaude. (Boissons douces, 20 sangsues à l'épigastre diète.)

Le 10, froid glacial des extrémités, pouls nul, langue froide, légère cyanose. (Eau froide, diète; rien, absolument rien à l'extérieur.)

Le 11, même état, persistance du froid et de la disparition du pouls. (Eau froide, diète.)

Le 12, commencement de réaction, la peau reprend de la chaleur, le pouls reparaît. (Eau froide, diète.)

Le 13, réaction plus développée, la gastrite prédomine. (15 sangsues à l'épigastre, boissons douces, diète.)

Le 14 et jours suivans, amélioration progressive; peu à peu on alimente le malade, et la guerison ne se fait pas long-temps attendre.

Observation quatrième. — Dekertelaer, soldat au 8e regiment, blond, lymphatique et ayant déjà souffert plusieurs fois de l'estomac et des intestins, res-

(1) Tous les vénériens sont traités, à l'hôpital militaire de notre ville, par la méthode antiphlogistique. Depuis deux ans, il y en a eu un grand nombre, et je puis le dire avec assurance, les succès ont été tels, que si tous les médecins avaient sous les yeux de semblables faits, on ne verrait plus, je pense, un seul partisan du mercure.

sentit, dans la nuit du 4 au 5 octobre, un grand malaise, auquel succédèrent bientôt des vomissemens et des selles, accompagnés de douleurs dans le ventre et de crampes dans les membres. Le 5, au matin, on appliqua 30 sangsues à la région épigastrique.

Le 6, les extrémités sont froides, la peau des mains est flasque et ridée, le pouls est insensible, la teinte cyanique est assez prononcée à la figure et aux mains. (Eau froide diète.)

Le 7, même état. (Même médication négative, eau froide, diète.)

Le 8, réaction, le pouls se fait sentir, la chaleur de la peau est revenue, les boissons sont supportées. (Eau d'orge, diète.)

Le 9, face colorée, embarras cérébral, pouls élevé, peau brûlante. (Saignée de douze onces, diète, boissons adoucissantes.)

Ls 10, amélioration marquée. (Continuation de la diète et des boissons.)

Le 11, douleurs abdominales, anxiété, peau chaude, pouls fréquent, serré, dur, abattement. (Trente sangsues sur l'abdomen, diète, cataplasmes.)

Le 12, mieux sensible; le 13, le 14, le malade continue à être bien; le 15, nouvelle excitation intestinale qui cède à une saignée de douze onces. Pendant plusieurs jours, on ne se relâche pas de la diète sévère et de l'usage des boissons rafraîchissantes, et le malade ne tarde pas à guérir.

Observation cinquième. — Demanck, soldat au 10e régiment, était affecté d'une fièvre intermittente tierce lors de son entrée à l'hôpital; il était faible, épuisé par une diarrhée qui se reproduisait à tout instant. On parvint cependant à le remettre. Durant la convalescence il fut, comme les autres, subitement atteint de coliques, avec vomissemens, évacuations alvines blanchâtres et crampes. Ces accidens se manifestèrent dans la soirée du 10 octobre. On se borna à l'emploi des boissons aqueuses.

Le 11, refroidissement, pouls presque nul, légère teinte cyanique de la face et des extrémités; vomissemens, crampes, urines supprimées, langue nette, fraiche. (Eau froide, diète.)

Le 12, réaction, pouls assez élevé, chaleur un peu vive de la peau, gastro-entérite prédominante. (Boissons douces, vingt sangsues, diète.)

Le 13, mieux marqué, qui se continue les jours suivans. L'état antécédent du malade rend la convalescence plus longue, et Demanck, tenu à un régime approprié à sa situation, ne se rétablit qu'avec peine.

Je pourrais augmenter le nombre de ces observations, mais celles que je viens de citer suffisent, me parait-il, pour faire connaître quels sont et quels peuvent être les résultats de la médication négative, expectante dans la période algide du choléra. Comme on l'a vu, on n'a eu recours aux évacuations sanguines, soit locales, soit générales, qu'au moment de l'invasion ou lorsque la réaction a menacé de congestionner les viscères. En présence de pareils faits, M. Broussais ne s'étonnera plus sans doute de l'opiniâtreté que j'apporte à soutenir qu'il ne faut pas toujours que l'art intervienne activement pour sauver un cholérique; mais, d'où peuvent agir, nous a-t-il dit, les puissances réactives, lorsque tous le rachis qui s'engorge avec le tube digestif sera congesté? Je n'en sais rien : ce que je sais, c'est qu'elles agissent. Je constate le fait tel que je l'observe, et suivant ainsi la marche expérimentale indiquée par le professeur lui même, force m'est de conclure que, dans le choléra, la réaction peut s'opérer par la seule puissance des efforts de la nature.

Voici après cela comment je comprends ces efforts. Sous l'influence de la cause qui tout à coup jette le trouble dans nos organes, la circulation se ralentit, le pouls s'éteint, la peau devient froide et livide. A ce point, si le désordre se prolonge et devient extrême, le malade meurt; si au contraire l'action miasmatique est épuisée avant d'avoir anéanti totalement le mouvoir et le sentir des grands viscères qui président à l'entretien de la vie, si comme dans l'empoisonnement ils ont pu résister à cette première et violente atteinte, alors le cœur moins enchaîné commence à battre, l'hématose se fait, le sang circule, et le sang artérialisé ramène la chaleur. Ce changement, appelé réaction, est la conséquence de la diminution spontanée du désordre morbide, et non pas le résultat d'un effort réel, d'une lutte spéciale de la part de la nature contre le mal, comme semble l'indiquer l'expression force médicatrice. Il y a seulement résistance passive, force d'inertie. Or, abandonner à eux-mêmes les organes dans la défense qu'ils ont à soutenir contre des agens de destruction, ce n'est pas avoir une confiance aveugle dans cette force; c'est sentir, c'est avouer que dans le choléra algide, les moyens nous manquent pour en augmenter l'énergie. Sans doute une opinion telle que celle-là a quelque chose d'affligeant, mais pourquoi n'aurait-on pas le courage de l'exprimer, en attendant que peut-être on découvre cet auxiliaire de la puissance vitale, ce remède enfin que l'on a cherché en vain jusqu'à cette heure?

L'expérience d'ailleurs nous en a dit assez : que l'on donne du vin ou du punch, que l'on émétise l'estomac ou que l'on narcotise les intestins, en va-t-il mieux que quand on se borne à donner de l'eau? Que l'on frotte la peau ou que l'on brûle le rachis, le résultat est-il plus heureux? Et de tous les partis à prendre au milieu de ce dédale, celui qui n'expose à aucun danger, n'est-il pas le plus sûr? Quel homme du monde, par exemple, oserait en choisir un autre, pour peu qu'il réfléchît à la divergence bizarre de nos opinions sur la matière? S'il raisonne, il boira de l'eau, parce qu'il n'aura foi en personne; mais s'il est crédule, confiant, il boira du vin et du café, ou mangera de la glace, selon l'opinion du médecin qu'il aura appelé à son secours, et voilà bien, après tout, où parait en être la science, relativement au choléra, si on la considère dans son ensemble.

Il n'y a pourtant qu'un point de la médication sur lequel roule spécialement toute la controverse : c'est la médication de la période algide. Ne serait-ce pas qu'alors la maladie, comme dit M. Magendie, est intraitable, et que tout remède, quel qu'il soit, est infructueux et inutile? Je le crois, et, selon moi, le traitement du choléra-morbus pourrait strictement se réduire aux moyens suivans :

Diète, boissons aqueuses, saignées générales, mais plus souvent locales dans le début;

Eau froide, glace, dans la période de froid;

Diète, boissons aqueuses, saignées locales ou générales dans la période de réaction.

Je pense que presque toujours les stimulans sont ou nuisibles ou utiles. Je conçois « que l'irritation exercée sur un organe sécréteur congesté de sang et

véritablement enflammé, peut se résoudre, si elle prend la direction des sécrétions ou des hémorragies exhalatoires.» Mais je ne conçois nullement cette action de la part du punch, du vin, de l'éther, du camphre, du bismuth, et encore moins du charbon, comme je concevrais, par exemple, celle du remède de Leroy ou de tout autre irritant provocateur des sécrétions et des exhalations. A ceux qui vantent la stimulation dans le choléra algide, et à M. Broussais lui-même, qui, en la condamnant, la croit néanmoins préférable à l'expectative, je ne cesserai de répondre : La réaction s'obtient avec de l'eau ; essayez, et vous verrez. Ce que j'ai avancé sous ce rapport n'est pas une opinion sujette à l'erreur ou prêtant à la discussion ; c'est un fait que l'on peut vérifier si l'on veut s'en donner la peine ou plutôt si on l'ose.

De ce fait, il suit naturellement que l'on peut aisément se tromper sur l'efficacité des agens thérapeutiques que l'on emploie dans le choléra, puisque la nature pouvant seule amener le mouvement de réaction, il devient extrêmement difficile de faire la véritable part des effets qui peuvent appartenir, à la médication. C'est ce qui est arrivé. Les méthodes les plus diverses ont paru réussir, et chacun a été satisfait de celle à laquelle il avait donné la préférence, parce que dans toutes il y a eu des guérisons, et que toujours ces guérisons ont été attribuées à l'influence efficace du traitement, comme si on avait été certain que, hors la médecine active, il n'y avait pas de salut possible.

Certes, en écartant du traitement de la période algide tous les agens médicinaux dont on a fait un si prodigue usage, on ne peut pas espérer un triomphe complet, on ne doit pas même s'attendre à des succès bien grands. Mais encore une fois, avons-nous tant à nous louer des effets de ces agens? J'en appelle aux bulletins qui nous en ont donné quotidiennement le relevé. Et il faut le dire franchement, que de malades peut-être ne seraient pas morts, s'ils n'avaient bu que de l'eau et s'ils n'avaient pas été si promptement secourus par le punch, par le vin, par l'émétique ou par le quinquina? Je visitais, il y a quelque temps, un hôpital de cholériques, dans l'une des principales villes de notre royaume. Les médecins, chargés du service de cet hôpital avaient adopté unanimement la médication au punch, au vin de Madère, et particulièrement l'usage du camphre en lavement. Ils étaient extrêmement satisfaits, me disaient-ils, de ce traitement, qui leur réussissait à merveille, et cependant, sur cent quatre-vingts malades, on comptait cent vingt décès !

Il faudrait, j'en conviens, plus de faits que nous n'en avons recueillis pour établir la comparaison entre les résultats de l'expectation, et ceux obtenus par les secours combinés de l'art et de la nature; mais quand on fait attention à l'étonnante variété et à la surabondance des médicamens que l'on a employés, on a déjà en cela une grande preuve de l'embarras et de l'impuissance de l'art, et il n'y a, me semble-t-il, nulle extravagance à penser que les chances de succès pourraient bien être en faveur de la médecine négative, qui touche d'extrêmement près à la médecine homœopathique, laquelle compte aussi des guérisons. Toutefois, il me paraît évident que si, dans la période algide du choléra, il est une médication utile, ce ne peut être que celle employée et conseillée par M. Broussais. C'est être exclusif, dit-on, mais il le faut bien ; car il est impossible de concilier entr'elles des méthodes aussi opposées, et de composer avec tant d'élémens différens une méthode qui soit pour le pathologiste consciencieux le juste-milieu désirable. Ou il faut stimuler, ou il ne le faut pas ; or, en bonne logique, l'un exclut entièrement l'autre, et quelle que soit l'opinion que l'on adopte, il faut de toute nécessité qu'elle soit exclusive. On ne peut être tout à la fois un peu brownien, un peu homœopathe et un peu physiologiste. Le praticien doit choisir, et celui qui croit que, dans toutes les périodes du choléra, les voies digestives ne cessent d'être irritées, n'est pas moins éclectique que celui qui prétend qu'elles ne le sont plus, quand le froid commence. La préférence accordée à la méthode antiphlogistique me paraît bien fondée, parce qu'elle a pour base l'appréciation approfondie des phénomènes morbides du choléra; mais jamais je ne pourrai comprendre pourquoi il conviendrait de stimuler des organes, dont la surirritation, ne fût-elle que nerveuse, est évidente. Et puis, pourquoi du vin plutôt que du camphre? Pourquoi du laudanum plutôt que du charbon? Pourquoi non de l'eau, qui guérit aussi et n'a pas les inconvéniens de tant de remèdes, dont l'action modificatrice est aussi incertaine que hasardeuse?

Telles sont les idées que j'ai cru utile de publier à la hâte. J'ai exprimé ma conviction, je la soumets sans prétention à l'examen de mes confrères. En ne partageant pas toutes les opinions de l'illustre professeur du Val-de-Grâce, j'ai pensé néanmoins que mes objections, lors même qu'elles seraient erronées, n'en seraient pas mal accueillies, bien persuadé d'ailleurs que celui qui a fondé notre émancipation médicale n'exige pas de ses élèves une soumission aveugle qu'il ne demande à personne, et moins encore ce respect abrutissant qui a éternisé tant d'erreurs.

Charleroy, le 12 décembre 1832.

P. MARCQ.

---

# ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

# MÉDECINE;

## JOURNAL

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC.

NUMÉRO DE MAI 1833.

## MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

### *De l'oblitération des veines comme moyen curatif des varices ;*

Par M. DAVATS.

Hippocrate et Galien piquaient les varices. Celse dit que toute veine nuisible doit être brûlée et emportée. Aëtius recommande la cautérisation et la ligature contre les varices anciennes. Paul d'Egine eut recours à l'excision et à la ligature. Albucasis, Avicenne, Severin, Faloppe, n'indiquent pas d'autres traitemens ; mais ils n'excisaient point comme Celse : ils découvraient la veine dans une petite étendue, la liaient et n'en excisaient qu'un pouce ou deux. Ambroise Paré conseille d'ouvrir la veine, d'en faire sortir le sang qu'elle contient, de tenir le malade en repos ; il conseille la section, dans le cas d'ulcères variqueux, et termine par la ligature, dans ce qu'il dit du traitement. Guy de Chauliac, plus humoriste, voulait qu'on expulsât l'humeur mélancolique cause des varices, par les purgatifs, la saignée ; qu'on liât la veine, qu'on la vidât par l'incision ou qu'on l'excisât complètement. Guillemeau veut la ligature, si la veine est sinueuse ; la ponction, puis la cautérisation avec le feu ou avec les caustiques potentiels, s'il en est autrement. Les deux Fabrices plaçaient deux ligatures, puis incisaient entr'elles. Scultet rappela cette methode.

Dionis avait recours d'abord à la ponction, puis à la compression avec un bandage roulé sur une plaque de plomb ; il pratiquait la section entre deux ligatures, ou cautérisait avec le cautère actuel.

J. L. Petit calmait les douleurs, en saignant les varices. Si la tumeur était circonscrite, il enlevait la varice ; mais si le cordon veineux était complètement variqueux, il incisait sur son trajet, détachait la veine et l'emportait.

Ces différentes opérations ont été répétées quelquefois avec succès par les praticiens de nos jours. Cependant, malgré ces résultats, malgré les heureuses observations de Béclard, on s'en tient encore le plus généralement au traitement palliatif, soit que la ligature, ou l'excision, ou l'ablation, tous moyens sanglans, soient trop douloureux, trop inefficaces ou trop dangereux.

*Inconvéniens du traitement palliatif.* — L'insuffisance du traitement palliatif des varices est depuis si longtemps connue, que déjà, du temps d'Hippocrate, on cherchait une méthode qui put le suppléer, et l'on a vu combien de chirurgiens, depuis le père de la médecine, se sont occupés de cette partie de leur art, et quels sont les moyens, qu'ils ont employés et conseillés.

C'est au moyen d'un bandage roulé ou d'un bas lacé fait de coutil ou de peau de chien que se fait la compression sur une jambe affectée de veines variqueuses. Tous les chirurgiens savent combien il est difficile qu'une bande reste long-temps parfaitement appliquée. La confection régulière d'un bas lacé qui s'adapte parfaitement et toujours parfaitement, n'est pas moins difficile, car quel rapport peut-il y avoir entre un bas inextensible et un membre qui change de volume et de forme au moindre mouvement. Ce n'est pas tout : ce bas, fût-il parfait, a-t-il des résultats tels que ses avantages, comparés à ses inconvéniens, le fassent toujours préférer à toute autre méthode ; examinons. Avec un bas lacé, le malade affecté de varices n'est-il pas tenu de renoncer à toute course un peu prolongée, à tout mouvement violent, à l'équitation, à la danse, à la chasse, etc. ; autrement le membre se gonfle, se tend, devient chaud, douloureux, la sueur est résorbée par le bas qui se durcit et

forme autour du membre une cause constante d'irritation. Aussi la peau s'enflamme, il survient de vives cuissons, quelquefois des excoriations ; le malade tourmenté et lassé défait son appareil ; les varices reparaissent, la jambe se gonfle, s'œdématie ; il faut attendre au lendemain pour replacer le bas. Lorsque la maladie est un peu plus avancée, on trouve que le membre s'est amoindri, a perdu de sa force ; des lignes rouges désignent le trajet des veines malades ; la peau qui y correspond est amincie, recouverte ailleurs d'écailles furfuracées, ou tachetée de rougeurs, et toujours traversée par des saillies et des sillons, résultats inévitables des plis du bas.

Chez l'homme riche et soigneux de son état, les choses se passent pendant long-temps à peu-près de la sorte, mais chez le pauvre, toujours insoucient de sa santé, et que le besoin de vivre force à mettre en usage le membre malade, les conséquences sont plus graves encore ; c'est là que nous verrons tout le hideux d'une maladie d'aspect bénin jusqu'à présent.

Les gens du peuple ne portent pas d'habitude de bandage, ou s'ils en ont un, il est mal conditionné, mal appliqué, toujours souillé de sueur ou de suppuration qui le raidissent et le rendent âpre et inégal : ils continuent leur métier très-souvent pénible. Le membre, sollicité par ces diverses causes d'irritation, s'enflamme ; il survient à chaque instant des érysipèles ; la peau enflammée contracte des adhérences avec le vaisseau sous-jacent ; le vaisseau se dilate progressivement ; la dilatation s'accompagne de douleurs excessives ; il y a danger continuel de l'hémorragie ; l'inflammation s'étend dans le tissu cellulaire autour de la veine, s'y abcède ; il en résulte de petits ulcères indolens, de guérison très-difficile et longue. Ces individus viennent alors à l'hôpital ; on cicatrice les abcès ; une pellicule très-mince se forme à la surface ; mais au moindre travail, cette pellicule se rompt, et dès-lors la maladie recommence et marche rapidement, si le malade ne cesse de travailler.

Le tissu cellulaire circonvoisin de la veine s'endurcit, forme des espèces de gouttières, la jambe présente des nodosités inégales, elle est tendue, chaude, douloureuse ; le malade se présente alors pour la seconde fois dans les hôpitaux.

On voit alors que les abcès se sont transformés en ulcères larges et profonds, recouverts de sanie sanguinolente. Les surfaces ulcérées sont vivement irritées ; l'inflammation se propage dans les membranes des vaisseaux béans dans la plaie En même temps, il peut y avoir résorption de pus. La phlébite devient générale et le malade succombe.

Le plus souvent, la maladie, chronique dès l'apparition des abcès, conserve cette marche ; les ulcères s'étendent peu, la peau devient dure, écailleuse, son tissu cellulaire lardacé ; le membre est pesant, pâteux, dur, froid, également volumineux dans toute son étendue ; la guérison est dès-lors impossible, et ces malheureux restent ainsi sept à huit mois et plus dans les hôpitaux. Là, les uns contractent des maladies d'ennuis, des gangrènes, des pourritures d'hôpital qui les conduisent au tombeau.

Les autres, jeunes encore et dont la force vitale est assez grande pour résister à ces maladies intercurrentes, sont pour l'avenir dans l'impuissance de travailler. Combien, à peine arrivés à 36 ou 40 ans, incapables de soutenir leurs familles, ne pouvant même plus satisfaire à leurs propres besoins, restent ainsi à la charge de la société qui doit les nourrir ; et le nombre de ces infortunés est grand, car un tiers et plus des malades reçus, en chirurgie, dans les hôpitaux sont des gens atteints de varices ou d'ulcères.

Maintenant, si nous tenons compte de la fréquence de cette maladie, on voit qu'elle est une de celles qui se rencontrèrent le plus souvent, et dans tous les temps et dans tous les lieux ; car, sur 258 hommes, on compte 71 variqueux.

Si donc, à cette maladie réputée incurable, on trouvait guérison, quel service ne rendrait-on pas à la société? quels avantages n'en retireraient pas les hôpitaux, dont les dépenses, affectées à cette seule maladie, s'élèvent au moins chaque année à plus d'un tiers de la dépense totale, pour les différens services de chirurgie.

*Inconvéniens de la ligature.* — Aëtius d'Amide est le premier qui parle de la ligature, et Paul d'Egine paraît l'avoir le premier mise en usage ; il fut imité par Ambroise Paré. Albucasis, Dionis, Heister, y avaient recours, mais comme à un moyen hémostatique. Scultet répéta plusieurs fois l'essai qu'il en avait vu faire par Fallope ; mais il pense qu'elle doit être totalement abandonnée ; d'après ses observations, les plaies résultant de ce moyen cicatrisent très-difficilement.

Everard Home rappela cette opération depuis longtemps abandonnée ; il liait la veine, non pas dans l'intention de l'oblitérer, mais afin d'établir au point lié un obstacle qui supporterait la colonne de sang et permettrait aux varices sous-jacentes de se contracter. Everard fut bientôt imité par Smith, Travers, Brodie, Béclard, Dupuytren.

En réunissant toutes les observations de varices ou d'ulcères variqueux, on voit que les avantages que l'on en a retirés sont bien loin de compenser les accidens qui en ont été la suite. Les ouvrages de Hunter, Travers, Hogdson, offrent à chaque page des observations de phlébite résultant de cette méthode.

De ces accidens consécutifs à la ligature, les uns sont légers ; tels sont le phlegmon circonscrit, la phlébite légère des deux bouts de la veine. Les autres sont graves et surviennent quelquefois immédiatement après l'opération, ou seulement à la chute de la ligature, ou sont intercurrens à ces deux époques ; tels sont l'inflammation vive de la plaie, l'inflammation étendue du tissu cellulaire, la formation d'abcès vastes et profonds, la résorption du pus et son transport dans des organes essentiels à la vie, la chute prématurée de la ligature, des hémorragies parfois mortelles ; enfin, ces phlébites générales qui conduisent le malade au tombeau, au milieu d'une série d'épouvantables phénomènes.

Quoi qu'il en soit, toute opération de ligature nécessite 1°. l'exposition à l'air d'une étendue plus ou moins grande de la veine, 2°. la constriction du vaisseau par un corps étranger. C'est à cette double cause, et surtout à la première, que Brodie et les autres médecins anglais ont attribué les résultats fâcheux dont ils ont été si souvent témoins.

La présence du fil dans la plaie agit rarement et peu comme cause immédiate d'inflammation : elle s'oppose seulement à la réunion par première intention ; car, pour que la ligature se détache, il faut une inflammation éliminatoire qui ne survient par fois que du 15 au 20e. jour. Le retard de la chute du fil est pour le procédé de la ligature une circonstance heureuse ; et nous verrons, lorsque nous parlerons du mécanisme de l'oblitération consécutif à la ligature, qu'avant le 12e. jour la veine n'est point encore complètement oblitérée. Si l'inflammation éliminatoire qui doit séparer la ligature survient du 3 au 6e. jour, qu'elle soit vive, que sa marche soit rapide, la veine n'est point encore oblitérée, on voit alors survenir une série de phénomènes très-graves. A cette chute prématurée de la ligature la plaie vivement enflammée suinte ou laisse fluer du sang en plus ou moins grande quantité. La phlegmasie de la plaie, jointe à l'action de l'air, gagne le vaisseau, envahit ses membranes qui rougissent, s'épaississent sans se contracter. Une sécrétion purulente se fait à la surface libre de la membrane interne, et l'adhésion de ses parois est devenue impossible. L'inflammation s'est étendue avec plus de rapidité dans le tissu cellulaire du membre qui s'infiltre, augmente de volume, et dont la peau devient chaude, d'un rouge érysipélateux. Le tissu cellulaire ambiant autour du vaisseau et de ses branches se condense, s'épaissit, et pour peu qu'il soit comprimé, l'inflammation, éprouvant des obstacles à son expansion, se termine promptement par suppuration ; on voit alors paraître une infinité de ces petits abcès collectifs, plus ou moins profonds.

L'inflammation remonte rapidement le long du vaisseau, comme si elle était entraînée par la circulation ; elle gagne les gros vaisseaux, devient générale et le malade succombe, si on n'a pu l'arrêter dans sa marche, ce que Hunter, Reil, Abernethy, disent avoir obtenu en comprimant un point du vaisseau au-dessus de la portion malade.

Ce que nous venons de rapporter comme consécutif à la chute prématurée de la ligature, survient aussi très-souvent à une époque quelconque après l'opération. Les ouvrages anglais sont remplis d'observations analogues.

Nous n'avons cité jusqu'à présent que les accidens les plus communs ; ils sont quelquefois instantanés et s'accompagnent d'autres phénomènes. On a cité des cas où la ligature était à peine placée qu'une hémorragie survînt dans l'estomac, et ne cessa que lorsqu'on eût délié le fil. D'autres fois ils sont consécutifs à l'inflammation de la plaie et surviennent alors à une époque indéterminée ; d'autres fois ils ne surviennent qu'à la chute régulière de la ligature.

Si malgré tous les dangers que court l'opéré, il avait au moins la certitude de sa guérison, le procédé serait recommandable, mais souvent les varices ne cessent point et reparaissent sitôt que le malade met sa jambe perpendiculairement sur le sol. Doit-on alors pratiquer de nouvelles ligatures sur les anastomoses qui établissent une circulation collatérale : autant vaudrait avoir recours à l'excision ou à l'incision, comme l'ont fait MM. Boyer et Richerand, qui recommandent cependant de ne pas les imiter.

*Inconvéniens de l'excision et de l'incision.* — Les anciens chirurgiens employaient fréquemment l'extirpation qui fut tant vantée par Petit. M. Richerand a remis en vogue le procédé de l'incision, il a obtenu quelques succès. Quoi qu'il en soit, tous les dangers que nous avons reconnus à la ligature sont applicables à ces méthodes qui entraînent elles-mêmes d'autres dangers plus graves encore.

Les chirurgiens anglais, qui ont abandonné la ligature pour l'excision, ont eu après cette dernière, des résultats plus prompts et plus fâcheux qu'après la ligature.

M. Lisfranc, appréciant à sa juste valeur l'action de l'air sur le tissu des veines qui restent béantes dans la plaie après leur section, dit : « J'ai souvent remarqué qu'à l'instant même de la section, l'air se précipitait dans la cavité du conduit veineux, et qu'à l'irruption de ce fluide succédait une horrible phlegmasie, une phlébite atroce qui, devenant générale, détruisait l'individu en 24 heures. » Il a vu très-souvent cette inflammation se développer même avant l'application du premier appareil.

Je ne m'étendrai pas davantage sur les accidens de l'excision et de l'incision ; j'ajouterai seulement que les grandes plaies résultant de la lésion d'une veine sont de guérison très difficile et de longue durée, que pendant toute cette durée le malade est constamment sous l'imminence d'une phlébite générale, soit par résorption de pus, soit par propagation de l'inflammation.

Les auteurs de l'époque actuelle rejettent toute opération ; soit qu'ils regardent ce genre de traitement trop douloureux, soit qu'ils doutent de son efficacité, soit qu'ils se défient avec raison des dangers qu'il peut amener, ils préfèrent s'en tenir au traitement palliatif.

*De la circulation dans les veines liées.* — L'anatomie pathologique des varices prouve que le système des veines collatérales se dilate à mesure que la veine variqueuse acquiert du développement. Ainsi, observe-t-on que toujours l'oblitération peut se faire sans qu'il y ait dérangement maladif dans la circulation. Mais la circulation dans un membre dont un tronc veineux a été lié et oblitéré, se continue t-elle par les anastomoses de ce tronc qui vont aux collatérales, comme on l'a toujours dit et écrit jusqu'à présent, nous verrons bientôt qu'il n'en est pas ainsi ; car toutes les fois qu'il existera circulation collatérale au moyen des anastomoses, les varices persisteront comme si l'on n'eût pas opéré.

Etudions un peu la disposition anatomique des veines, disposition qui, je crois, a été mal observée jusqu'à ce jour ; si du moins les auteurs l'ont parfaitement reconnue, je ne sache pas qu'aucun ait fait l'application de ce que je vais rapporter aux veines variqueuses de la jambe. Cette disposition nous sera de grand secours, 1° pour expliquer le phénomène de l'oblitération et celui de la persistance des varices ; 2° pour nous donner les moyens de remédier à cette persistance.

En général il ne se rencontre qu'une seule anastomose dans l'espace compris entre une valvule et une autre valvule, et la veinule qui apporte le sang au tronc principal vient presque constamment s'ouvrir vers le bord libre de la valvule inférieure. C'est à cause de cette disposition sur

laquelle j'insiste, que Béclard et tous ceux qui se sont occupés, soit de la ligature, soit de la section, ont eu le plus souvent d'heureux résultats. C'est encore pour cela qu'ils ont vu les varices persister lorsque cette disposition était changée.

Les valvules elles-mêmes doivent être considérées comme de vraies ligatures naturelles toutes les fois qu'il y a obstacle matériel à la circulation au-dessus d'elles : car pour que le sang pût circuler librement, il faudrait que le sang pût revenir sur lui-même ; mais les valvules sont là et dilatées ; elles mettent un obstacle invincible à son retour. La circulation est donc impossible, et le sang stagne de nécessité dans le tronc et dans les veines qui s'y rendent jusqu'à leur première valvule.

Admettons qu'une veine volumineuse et sans valvule se rende au tronc que l'on veut oblitérer, et qu'elle y apporte le sang des extrémités ; si cette veine a en même temps des anastomoses et avec les veines profondes et avec le tronc principal, et qu'elle soit sans valvule, alors la circulation sera possible dans toute la partie inférieure de la veine sous-jacente à son embouchure.

La circulation dans le tronc principal est encore possible toutes les fois qu'une veine auxiliaire et de transport part du tronc principal ; pour charrier dans les veines voisines le sang contenu dans le tronc lui-même.

La circulation dans une veine telle que la saphène, que l'on voudrait oblitérer et que l'on aurait liée vers le genou, n'est donc possible : 1° que lorsqu'il existe une anastomose sans valvule, 2° que lorsqu'il existe une veine de transport avec valvules dirigées dans le même sens que celle du tronc principal.

Voilà, je crois, les deux causes de la persistance des varices dans une veine qu'on avait liée ; de là la cause des insuccès attribués à l'opération de la ligature, quoique la plaie se fût parfaitement guérie.

On le voit dans des cas analogues et qui sont rares ; car cette disposition s'est rarement présentée à moi, malgré les nombreuses recherches que j'aie pu faire dans les amphithéâtres ; il suffira d'oblitérer la veine de transport ou l'anastomose, pour faire cesser la maladie.

Si donc la circulation consécutive à l'oblitération est si difficile et si rare dans le tronc principal, comment se continue la circulation du membre. On sait qu'aux radicules artérielles très-nombreuses succèdent des radicules veineuses pour le moins aussi nombreuses. Les radicules artérielles viennent en général d'un seul tronc, tandis que les radicules veineuses vont en former plusieurs, au point que l'on peut interrompre la circulation dans un de ces troncs veineux, sans que pour cela le sang soit obligé de se détourner pour gagner le cœur. C'est donc par une continuité de communication directe que se continue la circulation : ces communications existent de tout temps et se sont considérablement amplifiées sous l'effort du sang. Aussi ne faut-il pas s'étonner si les accidens que semblerait devoir déterminer la stase du sang, sont si rares après l'interruption du cours du sang dans une veine.

*De l'obliteration.*— Ce que je vais dire de l'oblitération d'une veine n'est que l'histoire des recherches que j'ai faites et qui m'ont amené au traitement que je vais bientôt proposer.

L'oblitération d'une veine est sa transformation en un cordon blanc, solide, comme ligamenteux ; je ne considère point comme oblitérée une veine dans laquelle il s'est formé un caillot obstruant sa cavité et mettant obstacle à la circulation ; nous verrons plus bas que cette oblitération, quoique réelle, n'est jamais que temporaire.

L'oblitération d'une veine est consécutive : 1° à un épaississement des parois de la veine ; 2° à une adhérence primitive des parois opposées de la membrane interne.

1. L'oblitération consécutive à un épaississement des parois veineuses succède toujours à une compression ou à une constriction exercée sur le tube de la veine. Je ne veux pas dire pour cela que la ligature et la compression ne soient nécessairement suivies que de l'épaississement des parois : nous avons vu, en parlant de la *ligature*, quelques-uns des accidens qui peuvent résulter de ce procédé.

La ligature et la compression exercées sur une veine ne déchirent point ses membranes, elles leurs impriment seulement une ligne de dépression visible et les plissent longitudinalement de chaque côté. Le sang s'accumule au-dessus et au-dessous du point comprimé, il y stagne et se transforme en un caillot qui se résorbe à mesure que la cavité de la veine diminue par l'épaississement des parois : la résorption de ce caillot n'est complète que lorsque la veine est complètement oblitérée. Pendant tout ce temps, il n'y a pas de traces de rougeur sur la membrane interne, ni le moindre signe d'inflammation adhésive, ni agglutination des plis continus qui s'effacent en même temps que la veine reprend son calibre plus ou moins rétréci, si on détruit la compression ou la ligature plus ou moins tôt. Le travail d'oblitération cesse à l'instant même, et la veine redevient très-perméable.

Peu après l'application de la ligature et autour d'elle, la gaîne cellulaire commence à s'épaissir par un épanchement de lymphe coagulable qui s'étend progressivement en haut et en bas et plus profondément. Peu-à-peu et lentement cet épaississement blanc se propage avec de légères taches de rougeur et d'infiltration sanguine. La membrane interne repoussée se contracte, se ride, reste blanche sans rien produire par sa surface interne ; le caillot sanguin se trouve en même temps refoulé et résorbé ; le diamètre du tube diminue et se resserre petit à petit, jusqu'à ce qu'il se trouve enfin complètement fermé, ce qui arrive du quatorze au dix-septième jour et bien souvent plus tard. Voilà ce qui se passe dans les cas ordinaires. Une fois la veine oblitérée dans un point, l'oblitération s'étend par résorption du caillot dans tout l'espace où la circulation est interrompue : il y a par là même guérison.

D'autres fois, il se développe autour de la ligature une inflammation éliminatoire trop prompte, la veine n'étant point encore oblitérée ; cette chute prématurée de la ligature est un accident fâcheux ; les deux bouts séparés de la veine restent béans, on voit alors survenir tantôt une hémorragie grave, tantôt une phlébite intense ; tantôt l'inflammation se termine par une prompte suppuration qui remplit le vaisseau ; le malade succombe, et jamais on ne trouve la veine oblitérée en aucun point.

Ce genre d'oblitération, par épaississement des parois, a été reconnu par Travers, et designé par lui sous le

nom d'oblitération interstitielle : il commence toujours par la gaîne cellulaire, sans que la membrane interne présente aucune disposition à l'inflammation adhésive, ce à quoi s'opposent également, et la sécrétion purulente dans un cas, et le coagulum dans l'autre.

D'après ce qui précède, on voit que tous ceux qui lièrent les veines ne pouvaient obtenir que l'épaississement interstitiel; épaississement incertain, très-long et difficile à obtenir, dangereux à tenter et souvent mortel.

2° L'oblitération peut-elle être consécutive à une adhérence primitive des parois opposées de la membrane interne? Hunter et Dupuytren pensent que l'inflammation adhésive peut exister dans les veines et qu'elle s'y fait lentement et difficilement. Travers, s'il n'ôse la nier, croit au contraire que cette inflammation est excessivement rare. Reil et Abernethy l'ont conseillée comme moyen d'arrêter l'inflammation suppurative. Ils croyaient qu'en comprimant sur une veine malade au-dessus du lieu enflammé, on parviendrait à arrêter la phlegmasie par l'adhérence des parois opposées.

Quoi qu'en ait dit Bichat, l'inflammation adhésive d'une veine est plus difficile que celle d'une artère : ce qu'il y a de certain, c'est que cette inflammation est le plus souvent sans symptômes. C'est encore ce qui arrive chez les nouvelles accouchées affectées d'œdème des membres inférieurs. Elles ne s'aperçoivent de leur maladie que lorsque la veine oblitérée, ne donnant plus passage au sang depuis plusieurs jours, a déterminé une infiltration séreuse de tout le membre : alors la veine saphène présente un cordon tendineux le long de toute la partie interne de la cuisse.

Ce qui se passe dans les veines ombilicales, où le sang ne circule point et ne séjourne pas dès que l'enfant a respiré, ne peut pas être comparé à ce qui se passe dans d'autres veines où le sang stagne de nécessité. Ensorte que, d'après ce que nous savons de la ligature, je crois que, dans ces dernières, l'inflammation adhésive est impossible entre les parois opposées de la membrane interne, si l'on ne tient en contact, par une légère ulcération, ces mêmes parois opposées. Cette lésion, quelque minime qu'elle soit, sera toujours suffisante pourvu que l'on tienne les parois opposées en contact pendant le temps nécessaire pour la consolidation. Les faits suivans mettront cette vérité hors de doute.

Voici ce qui se passe : lorsqu'à l'aide d'une aiguille on a piqué et mis en contact les parois opposées d'une veine, une lympe coagulable, analogue à celle qui est produite par la lésion d'une veine par une lancette, se forme. Cette lymphe se dépose autour des points irrités, et là, à l'abri du cours du sang, elle fait adhérer entr'elles les parois opposées tenues en contact par l'aiguille même. Les parois sont déjà adhérentes, en 36 heures; l'inflammation s'accroît légèrement, tend à se débarrasser de l'aiguille qui devient vacillante dans la plaie, et qui sortirait d'elle-même dès le cinquième jour.

La membrane interne d'une veine n'offre pas la même facilité à être divisée que celle d'une artère, *et l'adhérence primitive, sans lésion qui tienne en contact les parois opposées*, ne s'y fait que très-difficilement *ou plutôt ne s'y fait point*. Cependant le peu de disposition de la membrane interne d'une veine à l'union adhésive n'est pas incompatible avec la susceptibilité à contracter des inflammations très-graves et des plus intenses : au contraire, d'après les observations recueillies jusqu'à ce jour, on a vu bien plus souvent survenir ces phlegmasies terribles qui entraînaient le malade en peu de temps. Aurait-on tort de rechercher la cause de ces accidens dans le procédé opératoire employé, où de vastes surfaces sont mises long-temps à découvert : la rapidité et la violence de l'inflammation, les symptômes sympathiques et généraux qui se manifestent aussi promptement que marche la circulation, ne doivent-ils pas engager à regarder souvent cette phlegmasie comme dépendante de la cause directe de l'air.

On a étudié les différentes terminaisons des phlegmasies veineuses, sans qu'on pût toujours se rendre compte des causes qui les avaient déterminées : l'on se demande encore fréquemment aujourd'hui, pourquoi on trouve, chez l'un, une résolution par suppuration, et chez l'autre une oblitération simple, sans qu'il soit survenu aucun accident : pourquoi, enfin, cette oblitération a déterminé quelquefois une prompte guérison, tandis que d'autres fois la guérison s'est fait long-temps attendre. Peut-être que si l'on eût tenu compte de la constitution de l'individu, de l'opération elle-même, des conditions dans lesquelles elle a été pratiquée, de l'air, des suites de l'opération, de la marche de l'inflammation, et surtout du genre de travail qui devait amener l'oblitération, on aurait trouvé la cause de ces différences.

Voici un fait qui fortifie cette opinion : à la suite d'une saignée où la veine avait été probablement percée de part en part par un brusque mouvement du malade, survint une douleur profonde avec légère rougeur des lèvres de la plaie; il y avait un peu d'extravasation sanguine. On comprima sur le vaisseau, et le cinquième jour, il y avait guérison parfaite. Le malade succomba à une pneumonie. A l'ouverture du cadavre, je trouvai la veine céphalique oblitérée.

Presque aucune des phlegmasies nombreuses de la membrane interne n'est capable de déterminer une inflammation adhésive des parois. La résolution par suppuration en est aussi distante que celle par épanchement de lymphe coagulable en est rapprochée.

Mais cette inflammation avec épanchement de lymphe est-elle indispensable pour que l'oblitération s'opère; y a-t-il toujours et indispensablement inflammation dans l'oblitération des veines ombilicales? ou plutôt ces veines ne s'oblitèrent-elles pas parce que le sang ne parcourt plus leur conduit?

Je vais passer de suite à l'exposition du traitement que je propose, et dans un dernier paragraphe je parlerai de ses avantages sur les autres méthodes.

Ce traitement consiste à irriter très-légèrement deux points opposés de la surface interne d'une veine, et en même temps à maintenir en contact ces deux points opposés de la membrane interne. Une simple aiguille à coudre, recourbée ou non, applatie ou non, satisfait parfaitement à toutes ces conditions indispensables pour obtenir

une prompte oblitération. Il suffit pour cela de faire un point sur la veine, c'est à-dire, de traverser perpendiculairement sa paroi antérieure et sa paroi postérieure avec la pointe de l'aiguille que l'on ramène plus haut pour traverser encore sa paroi postérieure puis sa paroi antérieure. On assujettit l'aiguille dans cette position à l'aide d'un fil tortillé en huit.

*Obs.* 1er — Je pris nn chien d'une taille moyenne : je lui placai tout près des clavicules une ligature autour du col, comme si j'eusse voulu le saigner à la jugulaire. La veine se gonfla : la saisissant alors entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, je la soulevai et passai à travers la peau une aiguille au-dessous d'elle, qui venait sortir du côté opposé, de manière à prendre le moins de peau possible. Tout ce que nous venons de faire n'est que préparatoire, et ne sert qu'à faciliter le second temps de l'opération. Après m'être assuré que la veine est ainsi isolée et repose parfaitement sur cette première aiguille, prenant alors une seconde et semblable aiguille, je perce perpendiculairement la peau, puis la paroi antérieure de la veine, puis sa paroi postérieure ; je ramène alors en inclinant un peu plus haut la pointe de l'aiguille de manière à percer encore, 1° la paroi postérieure, 2° la paroi antérieure de la même veine ; enfin la peau.

Après avoir mis de la sorte en contact les surfaces de la membrane interne piquée en quatre points, j'abandonnai les aiguilles dans cette position en croix, et les assujettis à l'aide d'un fil, pour que l'animal, qui est sollicité par une légère démangeaison, ne puisse se les enlever. Cinq jours après je coupai le fil, et les aiguilles vacillant dans de petites plaies tombèrent comme d'elles-mêmes. Ces petites plaies, qui étaient en rapport avec les surfaces des aiguilles, furent cicatrisées et guéries en trois heures ; il y avait tout autour des aiguilles un noyau dur et résistant, du volume d'une grosse aveline, qui fut bientôt résorbé et disparut en dix jours. Ce jour là, ou le quinzième jour après la première opération, j'opérai de la même manière la jugulaire du côté opposé ; le cinquième jour après j'enlevai les aiguilles : les mêmes phénomènes se passèrent ; le lendemain je tuai l'animal.

L'ouverture du cadavre me fit voir la veine jugulaire externe gauche complètement imperméable au sang ; elle était comme disparue et transformée en un cordon blanc, arrondi, filiforme, analogue au tissu ligamenteux. L'oblitération s'étendait en haut et en bas du point lésé jusqu'aux premières anastomoses qui étaient suffisamment dilatées, et établissaient au sang un libre cours. A partir des anastomoses le tissu veineux reprenait son état normal ; on n'y voyait aucune trace d'inflammation. Il n'y avait nulle part aucune trace de caillot sanguin.

Le tissu cellulaire entourant la portion de veine oblitérée était à l'état normal le plus parfait. Il n'y avait plus de trace de la tumeur qui avait existé, et on ne pouvait plus distinguer le point où avaient pénétré les aiguilles, que par une petite tache jaunâtre laissée probablement par l'oxide de fer.

La jugulaire externe droite, opérée cinq jours auparavant, était entourée au point opéré d'une petite tumeur solide, circonscrite dans le tissu cellulaire voisin et adhérente à la peau par sa partie antérieure. Cette tumeur enveloppait circulairement près de 10 à 12 lignes de la veine ; son tissu était blanc, dense, épais, sans sérosité, percé circulairement par deux lignes jaunâtres qui indiquaient la place qu'avaient occupée les aiguilles. Le tissu de la veine, qu'on ne pouvait distinguer au milieu de la tumeur, était à sa sortie, contracté et blanchâtre, sans épaississement manifeste, et reprenait un peu plus loin son état normal. La surface de la membrane interne contractée et légèrement plissée n'était point rouge, et présentait en haut et en bas deux petits caillots sanguins s'étendant jusqu'aux premières anastomoses. Ces caillots enlevés, j'ai pu voir en insuflant que la veine était complètement oblitérée.

Avec le même succès et de cette même manière, j'ai opéré sur six chiens de différentes tailles : jamais aucun d'eux ne témoigna le moindre malaise. J'ai quelquefois enlevé les aiguilles dès le troisième et le quatrième jour, mais les tractions que j'étais obligé de faire pour les arracher, parce qu'elles étaient encore adhérentes, faisaient souffrir l'animal ; d'autres fois la tumeur n'était point encore parfaitement formée et circonscrite, et je perdais ainsi tous les avantages d'une compression sur la veine, compression déterminée tant par la tumeur que par les aiguilles elles-mêmes.

Aussi, voulant un jour enlever les aiguilles après 38 heures d'application, je vis qu'il y avait déjà inflammation adhésive. Les parois veineuses adhéraient, mais ces adhérences étaient peu solides, et l'arrachement des aiguilles détruisit ce qu'elles avaient d'abord produit.

En général, il vaut mieux attendre, pour enlever les aiguilles, qu'une inflammation éliminatoire se soit développée ; les aiguilles tombent alors d'elles mêmes, laissant après elle une ligne fistuleuse qui se guérit en quelques heures. Cette inflammation éliminatoire n'est point à craindre et ne saurait se propager : elle est complètement limitée et renfermée dans la tumeur, la veine n'ayant plus la même nature et étant oblitérée déjà depuis trois jours.

*Obs.* II.e — J'ai placé les aiguilles sur deux points différens de la jugulaire externe droite d'un chien, de manière à laisser entre ces deux points un espace distant de deux pouces, plein de sang. Les tumeurs se formèrent aux points piqués : des aiguilles, les unes tombèrent le quatrième jour, les autres le sixième ; le sang coagulé entre les deux points fut résorbé ; les tumeurs s'affaissèrent et la veine fut oblitérée. Il ne survint encore ici aucun accident.

Maintenant, la compression seule suffit-elle pour déterminer l'oblitération d'une veine ? Les observations suivantes répondront à cette question.

*Obs.* III.e — J'ai plusieurs fois tenté d'oblitérer des veines jugulaires externes, en comprimant ces dernières à l'aide d'une aiguille passée au-dessous de leur conduit et sur laquelle je tortillai un fil en forme de 8 de chiffre. J'avais soin de serrer assez fortement le fil pour presser la veine contre la peau et interrompre ainsi toute circulation. Il se formait promptement une petite tumeur qui enveloppait la veine ; en même temps, le fil qui comprimait fortement la peau ne tardait pas à la déchirer ; le quatrième jour, l'aiguille était vacillante, et ne faisait plus que l'of-

fice de corps étranger provoquant une inflammation éliminatoire ; il fallait que j'enlevasse cette aiguille inutile, ou que j'attendisse que l'inflammation fût assez vive pour séparer la continuité du tronc veineux, ou que je resserrasse le fil : c'est ce que j'ai fait. Le quatrième ou le cinquième jour j'enlevai donc l'aiguille; mais à cette époque la veine est loin d'être oblitérée, ses parois sont seulement épaissies, blanchâtres, et l'épaississement marche de dehors en dedans, (*voyez* ce que j'ai dit précédemment en parlant de l'oblitération), et s'arrête subitement, dès que, la compression étant cessée, le sang continue à circuler dans le vaisseau.

J'ai poussé l'expérience plus loin, pour obtenir l'oblitération par le seul effet de la compression : c'est ainsi que sur deux chiens chez lesquels, le cinquième jour, la peau comprimée par le fil était déchirée, et l'aiguille vacillante, je resserrai le fil dans la plaie elle-même; je la resserrai le septième jour encore. La tumeur devint volumineuse; il y avait autour du fil une plaie d'aspect désagréable ; les animaux souffraient, refusaient des alimens. Je supprimai la compression : le plaie se cicatrisa lentement, et le trentième jour après l'opération je tuai l'animal ; la veine, quoique fortement épaissie, n'était pas complètement oblitérée; son ouverture, quoique très-rétrécie, donnait encore passage au sang.

Enfin, j'ai voulu resserrer chaque jour le fil sur l'aiguille, jusqu'à séparation de continuité de la veine : il survint, le 10.e jour une phlebite avec épanchement de pus dans la cavité de la veine qui n'était point oblitérée.

L'oblitération consécutive à la compression est donc si difficile qu'on doit y renoncer, et vouloir nécessairement l'obtenir serait s'exposer à tous les dangers consécutifs à la ligature.

J'ai cependant obtenu quelques résultats heureux après cette dernière méthode : mais les dangers qui l'accompagnent m'ont porté à la rejeter sans retour; il n'en est pas de même si on l'applique aux artères; en trois jours elle est complète. Je l'ai employée trois fois avec succès, et sans accidens, sur l'artère crurale de trois chiens.

D'après tout ce qui précède, j'aurai peu à dire pour faire ressortir les avantages du traitement que je viens d'exposer sur tous les autres ; aussi me contenterai je de le mettre ici brièvement et le plus clairement possible en comparaison.

### 1° *Traitement par adhésion.*

C'est celui que je propose.

A. Procédé très-simple, sans nulle douleur, sans danger.

B. Pas d'incision à la peau.

C. Pas d'action à l'air.

Par conséquent rien à redouter de la part des accidens si souvent consécutifs à ces causes.

D. Oblitération complète au cinquième jour.

E. Pas de chute de ligature.

Par conséquent pas d'inflammation éliminatoire et pas d'accidens consécutifs.

F. Guérison radicale en quinze jours.

G. Facilité d'opérer une anastomose qui entretiendrait une varice.

H. Dépenses pour les hôpitaux diminuées des trois quarts, puisque la durée du séjour sera diminuée d'autant.

### 2.° *Traitement par épaississement interstitiel.*

A celui-ci se rapportent la ligature et la compression.

A. Procédé plus difficile, assez douloureux, et toujours dangereux.

B. Grande incision à la peau.

C. Action de l'air inévitable.

La conséquence de cette incision et de cette action de l'air est presque toujours une phlébite mortelle.

D. Oblitération très-souvent incomplète du quinzième au vingtième jour.

E. Chute de la ligature du douzième au dix-huitième jour. (Inflammation éliminatoire); quelquefois chute prématurée (alors hémorragies, ulcères effrayans, phlébite générale, mort.)

F. Guérison incertaine et rare avant le troisième mois.

G. Difficulté et danger d'opérer une anastomose qui entretiendrait une varice.

H. Dépenses énormes s'élevant rapidement par la durée prolongée du séjour dans les hôpitaux.

### 3.° *Traitement par extirpation et par incision.*

A. Procédé plus douloureux, plus compliqué et plus dangereux encore.

B. Incision bien plus grande à la peau.

C. Action de l'air plus certaine encore, au point qu'on a vu une phlébite survenir subitement et se terminer par la mort avant vingt-quatre heures. Douleurs horribles pendant l'opération; surface ulcérée immense et susceptible de divers accidens mortels.

F. Guérison excessivement lente et toujours très-difficile.

H. Séjour plus prolongé encore dans les hôpitaux, et par conséquent dépenses plus élevées.

### 4° *Traitement palliatif.*

A. Cette maladie, de tous les temps et de tous les lieux, est si fréquente, que, sur 258 hommes, on compte 71 variqueux.

B. Malgré ce traitement, la maladie marche toujours vers une terminaison, sinon mortelle, du moins qui empêche toujours le malade de vaquer à ses occupations.

C. Les varices durent toute la vie qu'elles menacent à tout instant, soit par une hémorragie, soit par un autre accident.

D. D'après M. Briquet, presque un tiers des malades reçus en chirurgie dans les divers hôpitaux de Paris, sont des hommes affectés de varice ou d'ulcères; leur séjour dans les salles est toujours de plusieurs mois, ce qui occasionne à l'administration, pour cette seule maladie, une dépense équivalente au tiers de la somme affectée au service de toute la chirurgie.

## *Note sur une nouvelle espèce de hernie de l'abdomen à travers le ligament de Gimbernat;*

Par M. LAUGIER,

chirurgien de l'hopital Necker.

Un femme âgée de 45 ans, lingère, entrée le 31 mars à l'hôpital Necker, affectée de hernie étranglée à l'aine droite, et opérée quelques heures après son arrivée, m'a offert l'exemple d'une espèce particulière de hernie non observée jusqu'à ce jour, et qui, si je ne me trompe, doit exciter à un haut degré l'attention des anatomistes et des chirurgiens. Cette hernie existait depuis long-temps; la malade n'avait aucun souvenir de son origine. Une disposition anatomique particulière prouvera que peut-être elle était congénitale. Quel qu'il en soit, elle était considérée comme hernie inguinale, et maintenue par un bandage. Le 30 mars, le bandage se dérangea; la hernie acquit plus de volume, et s'étrangla. Des efforts de taxis furent faits pendant long-temps, et comme la hernie passait pour inguinale, ils dûrent être dirigés surtout en haut et en dehors, ce qui, nous le verrons plus tard par le siége de la hernie, dût contribuer à froisser et à enflammer l'intestin sans rien ajouter aux chances de réduction. Cependant un des médecins appelés crut en avoir fait rentrer une partie: mais l'étranglement ayant persisté, la malade fut apportée à l'hôpital 24 heures après, et l'opération, jugée nécessaire par les médecins qui lui avaient donné leurs soins en ville, lui fut proposée dès son arrivée. La malade voulut essayer de prendre un bain; elle n'en avait pas pris depuis l'étranglement de la hernie; elle en espérait la réduction par ce moyen. Bien que convaincu de l'importance d'opérer promptement pour opérer avec succès, je ne crus pas devoir m'opposer à son désir, parceque la tumeur, quoique douloureuse, était d'une consistance médiocre, que les vomissemens n'étaient pas stercoraux, et surtout parce qu'une opération faite contre le gré des malades est moins souvent suivie d'une heureuse issue: mais je ne voulus la différer que de quelques heures: en effet, je revins à l'hôpital vers 4 heures pour pratiquer l'opération: deux bains avaient été donnés; quelques efforts de réduction avaient encore été tentés sans succès. L'opération ne pouvait plus être différée. Je cherchai d'abord à déterminer l'espèce de la hernie: j'ai dit que la malade la croyait inguinale; c'était aussi l'opinion des médecins qui l'avaient soignée en ville; cette question devait être attentivement examinée.

La tumeur était de la grosseur d'une noix; elle était marronnée, et ne se dirigeait pas vers la grande lèvre correspondante, mais plutôt en avant et légèrement en haut. En effet, la partie supérieure de son contour répondait au niveau du tiers interne du ligament de Fallope, mais sa base semblait un peu au-dessous de ce cordon fibreux; il me parut dès-lors difficile d'admettre l'existence d'une hernie inguinale, puisque la tumeur sortait au-dessous du canal inguinal, et me paraissait en dehors et au-dessous de l'anneau. D'autre part, l'artère crurale faisait sentir ses battemens au côté externe de la base de la hernie, à la distance de plus d'un travers de doigt; la tumeur me semblait plus en dedans que la hernie crurale ordinaire, et j'en fis la remarque. Cependant, obligé de choisir entre la hernie crurale et la hernie inguinale, je crus plus facilement à l'existence de la première, mais je me proposai d'éclaircir mes doutes en opérant. Une incision de deux pouces et demi fut faite parallèlement au pli de la cuisse; j'arrivai avec précaution sur le sac qui était mince et contenait une très petite quantité de sérosité sanguinolente; le sac, ouvert sur la sonde cannelée par le bistouri, puis avec les ciseaux, contenait une petite anse d'intestin d'un rouge violet foncé, mais rénitente; une exsudation plastique formait quelques adhérences molles avec le sac, qui furent facilement détruites à l'aide du doigt introduit pour reconnaître l'ouverture herniaire. Je crus avoir affaire à une hernie crurale, et je cherchai le côté interne de l'anse intestinale, pour débrider sur le ligament de Gimbernat: une sonde cannelée sans cul-de-sac fut introduite assez facilement entre l'intestin et le côté interne du cul-de-sac et de l'ouverture herniaire; un bistouri droit dirigé sur la sonde servit à faire un débridement de deux lignes sur ce que je croyais être le bord tranchant et concave du ligament de Gimbernat. Ce débridement n'ayant pas suffi pour me permettre d'attirer un peu plus d'intestin au-dehors, un second débridement d'une ligne environ fut fait sur le même point, et je pus alors attirer quelques lignes de la portion de l'anse intestinale qui était située au côté interne; mais je ne pus faire rentrer l'intestin, ce qui peut s'expliquer, puisque la portion nouvellement attirée avait évidemment plus de volume que le contour de l'intestin qui supportait depuis vingt-quatre heures la constriction de l'ouverture herniaire. Cependant, je fus étonné, je l'avoue, qu'un débridement, que je savais être d'environ trois lignes, ne m'eut pas donné, pour la réduction, assez d'étendue dans l'ouverture herniaire, que je croyais être l'anneau crural, lorsque Scarpa dit positivement qu'à l'aide d'une section de deux ou trois lignes faite au bord concave du ligament de Gimbernat, et suivant le trajet de son axe longitudinal, on relâche l'anneau crural et que la pression exercée sur le col du sac herniaire, par l'extrémité supérieure du repli falciforme, cesse en même temps. (*Supplément au traité des hernies*, traduct. d'Ollivier, d'Angers, page 72.) Toutefois, je n'osai pas faire, dans ce sens, un débridement de plus de trois lignes; je pouvais rencontrer l'anomalie de l'artère obturatrice qui la fait descendre derrière le ligament de Gimbernat, pour aller gagner le trou sous-pubien, et je risquais alors de la couper en travers, car je croyais et je devais croire à la présence d'une hernie fémorale. J'examinai alors de nouveau le contour de l'intestin, et ayant remarqué que sa partie antérieure et supérieure était plus violacée et semblait supporter une pression plus forte de la part de l'ouverture qui lui livrait passage, je me décidai à faire de ce côté, c'est-à-dire en haut, parallèlement à la ligne blanche, un très-petit débridement. J'attirai alors une anse d'intestin un peu plus longue pour examiner la partie qui avait été étranglée. Elle n'était pas gangrénée; la réduction fut faite. L'opération n'avait pas été longue, et toutefois elle ne m'avait point satisfait; j'exprimai à diverses reprises l'opinion que quelques-unes de ses circonstances ne me paraissaient pas claires, et je dis entr'autres que je concevais comment

quelques chirurgiens avaient donné le conseil de débrider sur le ligament de Fallope, puisqu'il y avait quelques cas de hernie crurale, dans lesquels un débridement de quelques lignes sur le ligament de Gimbernat ne suffisait pas. Si je rends compte des impressions qu'ont faites sur mon esprit la situation de la hernie du ligament de Gimbernat et les détails de l'opération, ce n'est pas que je veuille établir la prétention d'avoir reconnu sa position toute spéciale sur le vivant: cette prétention serait ridicule; car comment supposer la formation d'une hernie à travers le ligament de Gimbernat, lorsque tant d'anatomistes et de chirugiens illustres n'en ont pas même admis d'avance la possibilité; mais c'est pour arriver, aujourd'hui qu'elle est constatée, à la détermination de quelques signes particuliers à cette hernie. En effet, plusieurs des remarques qui ont été faites avant ou à la suite de l'opération, pourraient quelquefois servir à reconnaître un nouvel exemple de cette espèce de hernie. La tumeur était située au-dessous de la moitié interne du canal inguinal, au-dessous et un peu en-dehors de l'anneau. Comme la hernie crurale, elle était légèrement courbée sur son col, et remontait un peu vers le ligament de Fallope. On pourrait donc la confondre facilement avec la hernie crurale, surtout si elle était un peu volumineuse, parce qu'alors, en s'étendant en-dehors le long du pli de la cuisse, elle couvrirait la face antérieure des vaisseaux fémoraux; mais, dans le cas particulier qui nous occupe, elle était petite; une distance assez grande existait entre sa base et les vaisseaux cruraux; elle paraissait donc plus interne que la hernie crurale et le canal du même nom. De plus, pendant l'opération, on n'obtient pas avec un débridement de de trois lignes fait sur la partie du ligament de Gimbernat, qui reste entre le col de la hernie et le pubis une laxité suffisante de l'ouverture herniaire pour la réduction, ce qui tient à l'étroitesse de cette partie du ligament et à la persistance d'une bande aponévrotique, autre portion du ligament de Gimbernat qui soutient et bride le ligament de Fallope entre l'anneau crural et le col de la hernie. Or, dans la hernie crurale, un débridement de trois lignes sur le ligament de Gimbernat est ordinairement suffisant, parce qu'en dehors le canal crural est extensible. Il existe donc quelques différences appréciables entre la hernie du ligament de Gimbernat et les hernies inguinale et crurale. Le précepte de vider la vessie avant l'opération lui serait encore plus applicable qu'à la hernie crurale.

L'intestin réduit était très-enflammé; une péritonite, d'abord locale, puis générale, fit succomber la malade le 5 avril, cinq jours après l'opération, quoique, dès le soir même et les jours suivans l'irritation intestinale ait été combattue par un traitement actif. L'autopsie nous permit de reconnaître les particularités suivantes: l'ouverture herniaire ne répondait pas à l'anneau crural, dont elle est séparée par une partie du ligament de Gimbernat et l'artère ombilicale. C'est en effet très-près de ce dernier faisceau ligamenteux, à la partie la plus externe de la fossette inguinale interne, que répond l'ouverture herniaire; elle traverse le ligament de Gimbernat de haut en bas; en-dedans, elle présente le sommet du ligament de Gimbernat, incisé parallèlement au ligament de Fallope pour le débridement; les rapports du col du sac sont en avant avec le ligament de Fallope, qui causait surtout l'étranglement, et jouait pour cette hernie le rôle que le bord concave du ligament de Gimbernat joue pour la hernie crurale. En dedans et en bas, il repose sur le muscle pectiné; en dehors et en bas sur la partie du ligament de Gimbernat qui le sépare de l'anneau crural, c'est le côté interne du canal crural. Le muscle pectiné et le côté interne du canal crural forment un angle sur lequel portent en arrière le col et la paroi postérieure du sac.

Les rapports de ce col avec les vaisseaux ne sont pas moins remarquables. Les artères épigastrique et obturatrice, nées d'un tronc commun à peu près au niveau de l'anneau crural, se séparent à la distance de deux lignes et demie à trois lignes du col du sac herniaire, de sorte qu'un débridement de cette longueur fait en haut et en dehors suivant le précepte de quelques chirurgiens dans le cas de hernie crurale, aurait pu atteindre le confluent de ces deux artères. D'autre part on aurait pu blesser dans ce sens le tronc des veines épigastrique et obturatrice. Celle-ci, au lieu d'accompagner l'artère obturatrice, passe au devant du col du sac avec un petit rameau artériel fourni par l'épigastrique; le côté externe et supérieur du col du sac répond encore à l'entrecroisement de la veine obturatrice, qui va passer au-dessus, le long du ligament de Fallope et de l'artère obturatrice, avant de plonger dans le bassin.

Si l'artère obturatrice ne se séparait de l'épigastique qu'à une certaine distance de l'anneau crural, et qu'elle vînt passer derrière le ligament de Gimbernat, la hernie de ce ligament n'aurait lieu dans ce cas qu'en déplaçant en dedans ou en dehors l'artère, et serait par rapport à elle externe ou interne, comme la hernie inguinale pour l'artère épigastrique. Si l'on admettait avec quelques anatomistes que l'artère épigastrique naît quelquefois de l'obturatrice et passe derrière le ligament de Gimbernat, elle pourrait aussi être lésée dans le débridement. Les enveloppes de cette espèce de hernie sont d'ailleurs la peau, le *fascia superficialis*, le *fascia transversalis* et le péritoine. J'omets ici les couches de tissu cellulaire qui unissent ces diverses membranes. Elle ne serait point revêtue comme la hernie crurale du *septum crurale*, et ceci établit encore entr'elles une légère différence anatomique.

Dans l'état actuel de la science, la hernie du ligament de Gimbernat complète l'histoire des hernies de l'aine, et je n'hésite pas à la présenter comme une espèce particulière, bien qu'on puisse chercher à l'assimiler à ces hernies accidentelles qui s'étranglent, soit au-dessus du ligament de Fallope, soit à travers le pilier externe de l'anneau inguinal, qu'elles aient ou non traversé une plus ou moins grande étendue du canal inguinal. La plupart de ces hernies se sont formées dans la fossette inguinale externe. La hernie du ligament de Gimbernat est directe, elle répond à la fossette inguinale externe, au côté interne de l'artère ombilicale, et ce qui doit déterminer encore, ce me semble, à la considérer comme une espèce nouvelle, c'est que chez la même femme le ligament de Gimbernat du côté opposé offre au point correspondant à la hernie un affaiblissement et un enfoncement manifestes, d'où il suit que la malade opérée avait réellement une disposition particulière à l'espèce de hernie qui s'est formée chez elle. Elle n'avait point eu d'enfans, de sorte

qu'on ne peut chercher dans cette cause accidentelle la raison de la prédisposition à la hernie du ligament de Gimbernat. Il reste à examiner si ce ligament n'offre pas, chez les femmes surtout, une moindre résistance vis-à-vis la fosse inguinale interne qui les dispose à l'espèce de hernie que je présente, quoiqu'elles soient beaucoup plus exposées sans doute à la hernie fémorale.

L'observation précédente prouverait toujours au moins que certains sujets peuvent être appelés à avoir la hernie du ligament de Gimbernat, ce qui distingue celle-ci des hernies qui ont lieu à travers des éraillures purement accidentelles.

Lorsque j'ai présenté cette observation à l'Académie de Médecine, le 9 avril 1833, j'étais loin de penser que cette hernie, dont la position est si nettement déterminée, par cela seul qu'elle traverse la partie moyenne du ligament de Gimbernat, ne serait, aux yeux de quelques chirurgiens, qu'une variété de la hernie crurale ordinaire. Quel que soit, au reste, le nom de genre qu'on donne à cette hernie, elle ne peut rien perdre de son intérêt et de son importance, et si on voulait en faire une hernie crurale, il serait nécessaire, pour se faire comprendre, de dire que c'est une hernie crurale qui ne s'échappe pas par l'anneau crural, et qui passe à travers la partie moyenne du ligament de Gimbernat, ce qui, selon moi, reviendrait à dire à la fois qu'elle est et qu'elle n'est pas hernie crurale. En effet, tous les chirurgiens entendent par hernie crurale, la hernie qui s'échappe par l'anneau de ce nom. On avait cru autrefois, il est vrai, que les viscères pouvaient s'échapper au-dessous de l'arcade crurale par une autre voie que l'anneau. Mais on a considéré comme un progrès réel de l'anatomie pathologique chirurgicale, d'avoir établi que, dans la hernie crurale, les viscères cotoyent le côté interne de la veine iliaque. M. Boyer dit (tom. VIII, pag. 266): « Aujourd'hui, on convient généralement que l'anneau crural est le seul endroit par où les viscères puissent sortir pour former la hernie crurale. » L'avis de Scarpa est le même « Entre la base concave du ligament de Gimbernat et le côté interne de la veine fémorale, il existe un intervalle rempli par une petite membrane de forme presqu'elliptique. C'est cet intervalle qu'on a nommé avec raison anneau crural, qui livre passage aux viscères dans la hernie fémorale. » (*Supplément au Traité pratique des hernies*, trad. par Ollivier, d'Angers, pag. 31.) La thèse de M. Cloquet sur les hernies de l'abdomen, qui indique avec tant de précision les diverses variétés de la hernie crurale, ne permet pas de douter que la hernie crurale ne s'échappe toujours à travers l'orifice supérieur du canal crural.

Enfin, les ouvrages les plus récens sur l'anatomie de l'aine contiennent la même opinion. Quelques-uns même, je citerai l'article *Aine* de la nouvelle édition du *dictionnaire de Médecine*, par M. Bérard aîné, tendent à limiter encore d'une manière plus précise l'espace par lequel s'opèrent ordinairement les hernies crurales. Cet auteur divise l'anneau crural, proprement dit, ou orifice supérieur du canal crural, en deux portions dont la plus interne limitée en-dedans par le ligament de Gimbernat, en-dehors par une cloison cellulaire qui couvre la veine iliaque externe, est presque la seule par laquelle s'engagent les sacs herniaires (tom. 2, pag. 38). Ainsi c'est une opinion générale que les hernies crurales passent par l'anneau. Les variétés de ce genre de hernies sont fondées sur leur trajet dans le canal crural et leur issue après l'avoir parcouru. En effet, il y a des hernies qui sortent par le trou de la saphène: d'autres sortent par les ouvertures que peuvent offrir la paroi antérieure et interne du canal crural pour le passage des vaisseaux lymphatiques. Quelques-unes pénètrent, comme l'a démontré M. Cloquet, dans la gaine des vaisseaux cruraux. Toutes ces hernies sont des hernies crurales et variétés d'un même genre, non pas parce qu'elles sont à la cuisse ou qu'elles passent sous le ligament de Fallope, mais parce qu'elles sortent par l'anneau. De même que toute hernie inguinale doit s'engager à travers l'un des orifices du canal inguinal, ou pénétrer dans ce canal après avoir traversé sa paroi postérieure de manière à avoir un rapport intime avec ce conduit.

Pour quelques personnes tout cela ne serait qu'une dispute de mots; la hernie du ligament de Gimbernat serait une hernie crurale, parce qu'elle passe sous le ligament de Fallope. S'il était utile pour la science de confondre sous une même dénomination les hernies de l'aine, je n'hésiterai pas à me ranger à leur avis; mais je crois qu'il y a à généraliser ainsi peu d'utilité pratique; la médecine opératoire vit de distinction et non de confusion; une seule preuve suffirait pour le démontrer. Par exemple, dans l'observation citée, on aurait pu débrider horizontalement en-dehors, ce qu'on ne ferait certes pas impunément dans la hernie crurale ordinaire. Pourquoi ferait-on d'ailleurs de cette hernie une hernie crurale. Quelques anatomistes prétendront que cette espèce est bien plutôt une hernie inguinale, car elle se fait à travers l'expansion aponévrotique qui fixe à la crête du pubis le pilier externe de l'anneau. N'est-il pas plus clair de dire que c'est une hernie du ligament de Gimbernat, comme on dit hernie de la ligne blanche. Cette dénomination ne donne-t-elle pas une idée plus précise de la position du col du sac par rapport aux vaisseaux et aux parties environnantes? Quant aux analogies qu'on pourrait chercher entre cette hernie et la hernie crurale, parce que le *septum crurale*, toile quelquefois si mince, prendrait quelques insertions sur le ligament de Gimbernat, ou fortifierait celui-ci, et que certaines hernies crurales, après être sorties par *l'anneau crural*, se seraient coiffées du *septum crurale*, et auraient fini par le traverser en écartant ses fibres: on sent bien ce qu'il y aurait de forcé dans de semblables rapprochemens. Personne ne peut confondre le ligament de Gimbernat, ordinairement si solide et si bien défini, avec le *septum crurale* de M. le professeur Jules Cloquet ou *fascia propria* de Cooper. Je le répète, il ne peut y avoir aucune utilité pratique dans ce rapprochement; il n'y a pas non plus vérité anatomique.

Au reste, si on croyait devoir revenir à l'opinion de quelques chirurgiens du dernier siècle, que la hernie crurale est celle qui s'échappe sous le ligament de Fallope et non pas par l'anneau, c'est la hernie du ligament de Gimbernat dont je viens de rencontrer un exemple, qui devrait servir à l'étayer: mais je crois l'opinion des modernes plus précise pour les rapports anatomiques, et par conséquent préférable.

## *Recherches sur le développement, l'organisation et les fonctions de la membrane caduque;*

Par M. LE SAUVAGE,

professeur à l'école de médecine de Caen.

Les phénomènes de la conception, si mystérieux aux premiers momens de cette admirable fonction chez l'homme et les mammifères commencent à perdre de leur obscurité lorsque l'ovule, après s'être détaché de l'ovaire, parcourt la trompe pour aller se fixer dans l'utérus, et cependant les circonstances qui accompagnent son arrivée dans le dernier organe sont encore en physiologie des points controversés.

Le célèbre W. Hunter (1), en faisant mieux connaître la membrane à laquelle il a donné le nom de *caduque*, mit sur la voie d'apprécier les modifications si importantes que la fécondation imprime à l'utérus; il avait très-judicieusement comparé cette production aux fausses membranes qui s'organisent à la surface des séreuses enflammées; mais comme on n'avait donné aucune explication plausible sur l'organisation de ces dernières, la comparaison établie ne pouvait éclairer suffisamment le mode de formation de la caduque.

Ce n'est pas, comme plusieurs auteurs l'ont pensé, pendant la période de l'exhalation irritative, que se forment les pseudo-membranes : à ce premier temps l'absorption est complètement suspendue; c'est toujours secondairement, et quand cette fonction rentre dans ses droits, que le nouveau tissu commence à s'organiser; c'est à mesure qu'elle devient plus active et que l'exhalation se rapproche de son type physiologique, qu'il se fait, au point de contact, une sorte de cristallisation vivante, et que l'organisation et la vie se dessinent de plus en plus. Ainsi la formation des pseudo-membranes n'est nullement le produit pur et simple de l'exhalation, comme l'ont admis Laennec (2) et quelques autres médecins, mais bien le résultat d'une action combinée des phénomènes de cette fonction et de ceux de l'absorption qui ne commencent qu'au moment même où l'irritation exhalatoire tend à revenir de son degré le plus élevé.

Il est généralement admis que par suite de l'excitation si vive, déterminée par la fécondation, dans l'ensemble du système générateur, l'organe utérin devient le siège d'une congestion sanguine qui produit l'intumescence de son tissu, modifie sa forme, et fait épancher à son intérieur, par voie d'hexhalation, un fluide séro-albumineux, une *lymphe coagulable*, pour rendre l'expression de J. Hunter, qui contient les élémens d'organisation de la membrane caduque, et fournit au nouvel être ses premiers moyens de nutrition. On sait que pour apparaître cette production n'attend pas l'arrivée de l'ovule, qu'elle se développe également lorsque l'évolution de ce corps se fait dans un lieu insolite, comme on a eu occasion de le remarquer dans la grossesse extra-utérine (3); mais il existe encore une grande diversité d'opinions sur la vraie disposition de cette membrane et plus particulièrement sur l'espèce de rapport qu'elle établit avec l'ovule au moment de son arrivée dans l'utérus, dernière particularité qui a donné naissance aux deux hypothèses qui se partagent encore le domaine de la science, et dont je me propose de comparer et apprécier la valeur.

Chaussier, Meckel et quelques autres anatomistes avaient pensé que l'ovule, après avoir traversé la trompe, se trouvait plongé au milieu du fluide préalablement exhalé à l'intérieur de l'utérus, et que bientôt il s'organisait à sa surface une fausse membrane qui, suivant son développement progressif, ne tardait pas à se trouver en contact avec une semblable production développée dans le même temps à la surface interne de l'organe contenant, et constituaient ensemble la caduque composée de deux feuillets, l'un externe ou *utérin*, l'autre interne ou *ovarien*, que Hunter avait nommé *caduque réfléchie*.

L'autorité si puissante des noms que je viens de citer n'a pu faire prévaloir une théorie qui concordait assez-bien avec quelques-unes des idées que je viens d'exposer sur l'organisation des pseudo-membranes, mais qui, à la vérité, n'avait point été basée sur l'observation ni appuyée sur tous les développemens dont elle était susceptible. MM. Gardien (1), Moreau (2), Velpeau (3), et autres auteurs, ont contrairement admis que la caduque était complètement organisée à la surface interne de l'utérus avant l'arrivée de l'ovule à l'extrémité interne de la trompe, et que ce corps, ne pouvant traverser la membrane, la détachait à son point d'arrivée, et lui faisait bientôt éprouver une ampliation mesurée sur son rapide accroissement, de telle sorte que le feuillet ainsi réfléchi ne tardait pas à se trouver en contact avec la portion utérine dont il n'était qu'une expansion, et alors il paraissait exact de dire que l'œuf était, par rapport à la caduque, dans les conditions où se trouvent les viscères involvés dans les membranes séreuses.

Hunter avait avancé que la membrane caduque était percée de trois trous, dont deux correspondaient à l'orifice des trompes, et cette disposition, également indiquée plus ou moins exactement par quelques auteurs (4), était favorable à l'opinion de Chaussier, etc. Mais depuis aucun anatomiste n'a pu apercevoir les ouvertures remarquées par Hunter, et on a généralement admis que la membrane offrait, dans toute sa surface, une intégrité parfaite, circonstance qui a paru singulièrement propre à servir de fondement à la dernière théorie.

Cependant, Krummacher, Burns, MM. Breschet et Dutrochet (5), Velpeau, etc., ont reconnu que la lame albumineuse, organisée à l'intérieur de l'utérus, se prolongeait jusque dans les trompes. Le dernier auteur, qui a plusieurs fois observé cette disposition, dit que ces prolongemens peuvent, dans certains cas, se porter assez loin dans le canal; *qu'ils y représentent des espèces de cornes*. On

(1) Anatomia uteri gravidi tabulis illustrata : auct. G. Hunter. 1774.

(2) Auscult., 1.er vol., p. 103, 2.e édit.

(3) Chaussier, Bull. de la Faculté de Méd., t. IV, p. 157. -- Arch. gén. de Méd., tom. XVII, p. 111, etc.

(1) Accouch., tom. II, p. 148, 3.e édit.

(2) Dissert., inaug., in-4.° Paris, 1814.

(3) Rech. sur div. parties du produit de la conception, Arch. gén. de Méd., tom. VI. -- Accouch., tom 1.er, p. 251.

(4) Cooper, Dissert. de abortionibus. Lugduni-Batavorum, 1767. --Sandifort (Ed.) Observ. anatomico-pathol. Lugd-Batav. 1777, etc.

(5) Bull. de la Faculté de Méd. de Paris, t. VI, p. 477.

a également reconnu, à la surface d'œufs abortifs, une expansion de la caduque qui répondait au col de l'utérus, et je vais tout-à-l'heure en fournir un nouvel exemple.

La présence des prolongemens à l'intérieur des trompes aurait dû indiquer que ces canaux éprouvaient une dilatation proportionnée à celle de l'utérus, et cette disposition a été observée. Le professeur Magendie a vu une trompe qui avait à son orifice jusqu'à un demi-pouce de diamètre (1), et de cette circonstance on devait conclure que les expansions placées à la surface de la caduque avaient été formées au dépens du fluide utérin, et par le même mécanisme que la membrane avec laquelle ils étaient en continuité parfaite; et c'est en ce point surtout que toutes les explications que l'on a données sont fautives.

En effet, si j'ai bien établi que les fausses-membranes se forment sur les surfaces exhalantes, pendant l'absorption que ces surfaces exercent à leur point de contact immédiat sur les fluides qui ont reçu des qualités toutes particulières d'une excitation physiologique ou morbide, il en résulte que le feuillet utérin de la caduque ne pouvait s'organiser au-devant de l'orifice dilaté de la trompe; qu'il devait plutôt se réfléchir, se mouler à son intérieur, et nécessairement y produire d'abord un tube membraneux, rempli d'un fluide en communication avec celui de la cavité de l'utérus, et c'est l'orifice de ce tube ouvert à la surface interne de la membrane qui a été observé par Hunter. Sans doute c'est à ce résultat que seraient arrivés les anatomistes qui ont remarqué les prolongemens, s'ils eussent considéré sous son vrai jour le mécanisme de leur formation. De même, si ceux qui ont voulu vérifier l'exactitude de l'assertion de Hunter eussent dirigé leurs recherches à la face interne de la caduque utérine, nul doute qu'ils n'eussent aperçu, au moins d'un côté, la perforation indiquée; mais aucun d'eux n'a fait une distinction convenable entre les deux feuillets de cette membrane. Ainsi, le docteur Moreau dit : *Mes collègues, MM. Cruveilhier et Codet, qui examinèrent le cadavre* (celui d'une femme morte à six mois de gestation), *ne trouvèrent aucune trace d'ouverture à la membrane caduque dont les deux portions déjà unies et confondues, ne formaient plus qu'une seule et même membrane* (2). On voit aisément qu'il n'était plus facile d'apercevoir les ouvertures, puisqu'alors les deux feuillets étaient réunis, et même il est probable qu'elles n'existaient plus à ce degré avancé de la conception.

Le docteur Velpeau, qui a signalé les prolongemens à l'intérieur des trompes, n'a point convenablement apprécié le mode de leur formation, et n'a pas reconnu que, d'après sa manière de voir, ils devaient opposer un obstacle à l'arrivée de l'ovule dans l'utérus. Selon cet auteur, l'ovule, qui rencontre dans la caduque une barrière qu'il ne doit pas franchir, détruit avec la plus grande facilité ces productions, *qui peuvent, dans certains cas, se porter assez loin dans les trompes*, et conséquemment doivent avoir alors une épaisseur plusieurs fois égale à celle de la membrane. « Dans aucun cas, *dit le docteur Velpeau*, je n'en ai trouvé deux (*prolongemens*,) correspondre aux deux cavités tubaires, et cela s'explique, car en supposant qu'ils aient existé, l'ovule qui aura parcouru une des trompes, aura nécessairement dû détruire celui qui bouchait son passage (1). » Il est et me sera bientôt facile de donner une toute autre explication, et de prouver surtout que ce n'est pas la trompe vide qui a été parcourue par l'ovule.

Forcé de prendre un parti dans ce débat scientifique, au sujet de la membrane caduque, j'avais, d'après des recherches multipliées, donné la préférence au système de Chaussier etc.; et depuis plusieurs années, dans mes leçons, je l'établissais sur de nouvelles bases et d'après les développemens dans lesquels je suis entré, lorsque l'observation suivante est venue démontrer que mes explications étaient conformes à la marche que suit la nature pour préparer et faciliter l'arrivée de l'ovule à l'intérieur de l'utérus.

Dans les premiers jours de juillet 1829, une jeune femme à laquelle je donnais des soins pour un anévrisme du cœur dont elle était très-anciennement affectée, vint me confier qu'elle se croyait enceinte de quelques semaines, et que depuis peu de jour, il lui était survenu une perte légère pour laquelle je lui prescrivis le repos et quelques boissons. Cette femme, qui avait des craintes fondées sur le danger de son nouvel état, en était cependant moins occupée que d'une leucorrhée qui avait succédé à sa perte, et qu'elle supposait provenir du fait de son mari. Le 2 août, elle se rendit chez moi avec l'intention d'être saignée; j'étais absent; elle retourna chez elle; mais à peine elle était entrée, qu'elle tomba sans vie sur le carreau, elle avait été frappée d'une apoplexie foudroyante. L'autopsie fut faite le lendemain; l'utérus avait le volume du poing et contenait un produit de la conception. Je le détachai, pour l'examiner avec soin, et il m'offrit les particularités suivantes:

J'ouvris l'organe du col vers son fond, en glissant avec précaution une sonde canelée sur laquelle je dirigeai des ciseaux; je fis en travers une seconde incision, et je m'aperçus que j'avais compris dans ma division la caduque utérine, qui adhérait assez fortement aux parois de l'utérus, mais qui était du côté gauche complètement détachée de la caduque ovarienne. Du même côté, le décollement était prolongé dans la plus grande partie de la face postérieure, et je pus facilement enlever l'œuf qui adhérait seulement du côté droit, et plus particulièrement au voisinage de la trompe, parce que c'est vers ce point que les vaisseaux placentaires étaient dirigés. Je reviendrai sur quelques-unes des particularités que m'offrit l'œuf; je m'occuperai d'abord de la caduque utérine.

La surface interne de cette membrane, aux points où elle était simplement contiguë au feuillet interne, par suite d'un décollement ancien, était comme villeuse et recouverte d'une exsudation muqueuse puriforme qui, plus abondante dans le col de l'utérus, pouvait fluer au-dehors, parceque la membrane se perdait insensiblement sur les parois du col, à quelque distance de son orifice, qui était dilaté, et bien visiblement elle y était largement ouverte.

Au-devant de la trompe gauche, la caduque n'était nullement continue. Elle se prolongeait sous la forme d'un entonnoir à l'intérieur du canal qui avait à son orifice cinq li-

(1) Physiologie, t. II, p 2576, 2e édition.
(2) Thèse citée, page 13.

(2) Mémoire cité, pag 419.

gnes d'étendue. Avant de la détacher de la surface de l'utérus j'introduisis un gros globule de mercure par le pavillon de la trompe. Je fus obligé d'exercer une légère compression pour lui faire franchir la partie moyenne du canal, et bientôt il arriva au dedans de l'entonnoir formé par la pseudo-membrane. Alors j'ouvris la trompe, et je vis que le tube membraneux qu'elle contenait avait une surface intérieure lisse, parfaitement continue à la face interne de la caduque utérine, et qu'il allait se terminer en se rétrécissant à la partie moyenne du canal, dont la dilatation finissait en ce point. La trompe droite ne paraissait pas avoir subi une ampliation bien apparente, et elle ne contenait aucun prolongement membraniforme.

En regardant à travers le feuillet étendu de la caduque détachée de l'utérus, je pus facilement reconnaître à l'œil simple qu'il contenait dans son épaisseur, et parallèlement à ses surfaces, plusieurs troncs vasculaires ramifiés à leurs deux extrémités, par lesquelles ils s'anastomosaient entre eux. Il était évident qu'ils avaient pris naissance dans le tissu même de la membrane, et, quoique dans quelques points leur contour ne fût pas encore bien régulièrement déterminé, assurément on ne pouvait les considérer, ainsi que l'a prétendu le docteur Lippi, comme l'effet d'une simple infiltration sanguine. Nul doute que ce sont ces vaisseaux qui ont été décrits par Ruisch, Haller, Hunter, etc. Le docteur Lobstein a tenté en vain de les injecter; ils se déchiraient avec la plus grande facilité (1).

J'ai peine à croire qu'on puisse démontrer dans les pseudo-membranes des séreuses la présence de vaisseaux provenant d'une simple extension de ceux des surfaces sur lesquelles elles se développent, comme semblent l'avoir admis quelques observateurs; et sans nul doute, ainsi que j'ai pu le remarquer, la caduque leur est absolument identique pour le développement et l'organisation. Seulement, cette membrane n'est point destinée à contracter une adhérence définitive avec l'utérus; elle n'offre point dans sa structure les nuances si diverses que les modes variés de l'irritation impriment aux fausses membranes des séreuses. Elle se développe sous l'influence de phénomènes purement physiologiques; enfin, sa disposition et ses rapports sont accommodés à la durée de son éphémère existence; car, dès que les vaisseaux placentaires agissent avec quelque intensité à la surface de l'utérus, toute l'activité de l'organe se concentre au seul point de contact avec le placenta. A ce moment, comme l'a remarqué M. Carus (2), la caduque est à son maximum de développement; mais bientôt après elle voit son organisation première s'obscurcir sous l'effet d'une lente absorption, et c'est alors qu'elle se présente avec les apparences d'inorganisation qui en ont imposé au docteur Velpeau. Ce physiologiste ne paraît pas avoir porté ses recherches sur la caduque utérine, dans les premiers temps de son développement, et souvent elle n'accompagne pas dans leur expulsion les œufs abortifs sur lesquels il a fait ses recherches; observée sur les placentas adultes, elle ne pouvait plus lui reproduire ses caractères primitifs; et c'est ainsi qu'il a été conduit à lui imposer le nom si impropre de membrane anhiste (3).

(1) Essai sur la nutrition du fœtus. In-4.°, p. 9.
(2) Gynæcolog., vol. II, p. 16, Leipsig, 1820.
(3) Accouch., tome I er, page 256.

J'ai fait connaître dans quelle disposition se trouvait la membrane caduque utérine soumise à mon observation, et il en résulte d'une manière positive, qu'immédiatement après la conception, l'intumescence et la dilatation qu'éprouve l'utérus sont partagées par la trompe du côté où la fécondation a été opérée, et sans doute quelquefois par les deux trompes, si, comme on doit le présumer, dans quelques grossesses multipares, les deux ovaires ont éprouvé la même influence et ont concouru à fournir ces nouveaux produits. Alors la trompe ainsi dilatée est remplie par un fluide qui est en communication avec celui de l'intérieur de l'utérus. Bientôt les phénomènes organisateurs de la membrane s'étendent à ses parois, et y déterminent la formation d'un cylindre membraneux dont la cavité est continue avec celle de la caduque utérine. D'après cette disposition, il devient facile de suivre la marche des ovules. Ils arrivent dans la trompe et traversent le tube membraneux organisé à son intérieur. Alors ils se trouvent au milieu même du fluide utérin, et conséquemment au dedans de la caduque. Ainsi, nul doute que devant cette explication de la marche si régulière des ovules, doit disparaître la théorie de leur involution à l'extérieur de la membrane qu'ils devaient trouver organisée au-devant de la trompe au moment de leur arrivée à l'orifice utérin de ce canal.

Cette théorie, telle que je la présente, diffère de celle de Chaussier, de M. Dugès, etc., en cela que ces auteurs ont admis que l'ovule arrivait au milieu du fluide utérin avant que la caduque fût organisée. Sans doute si ce passage dans la cavité utérine suivait d'aussi près le moment de la conception (7 ou 8 jours), que semble l'indiquer l'observation d'Everard Home (1), il se pourrait qu'alors la caduque fût à peine ébauchée; mais on a reconnu que l'époque de l'arrivée de l'ovule dans l'utérus était variable, quelquefois tardive; qu'elle pourrait ne survenir qu'au vingtième jour, et dans ces cas c'est la dilatation de la trompe et le prolongement tubulaire de la caduque qu'elle contient, qui rendent toujours possible et facilitent le passage de l'ovule. Cependant il se pourrait que les grossesses tubaires fussent le résultat d'un détachement tardif de l'ovule, et de son arrivée dans la trompe à une époque où l'organisation trop avancée du prolongement de la caduque mettrait obstacle à son passage.

Hunter s'est-il trompé lorsqu'il a avancé que la caduque était percée au-devant du col de l'utérus? D'abord il ne peut être mis en doute que l'exhalation du fluide utérin précède la formation de la caduque, qu'une portion de ce fluide doit occuper l'intérieur du col, et sans doute si l'orifice n'était point fermé, il pourrait s'écouler au-dehors; *quæ in utero gerunt harum os uteri clausum est.* (Hipp., *Aphor.*) Soumis à l'absorption, ce fluide doit bientôt se trouver enveloppé par un prolongement de la caduque, et c'est alors que la perforation existe dans le sens de Hunter; mais cette disposition ne doit pas tarder à disparaître, parce que, dans les premiers temps de l'évolution du fœtus le col ne suit point l'expansion qu'éprouve seul le corps de l'utérus: alors la masse du fluide qu'il contient s'organise entièrement, et forme une sorte de tige qui semble soutenir ou plutôt qui ferme la partie inférieure de la caduque. C'est en cet état

(1) Trans. phil. 1817. Part. II, p. 252.

qu'elle a été observée par le docteur Velpeau; mais on est surpris de lui entendre dire qu'elle existe toujours sous la forme de cordons pleins et concrets, *et que jamais elle n'est percée naturellement* (1), puisque cette idée est peu en harmonie avec les lois de la formation des pseudo-membranes, et que des faits militent contre elle; car si une exhalation sanguine ou séreuse apparaît dans les premiers temps de la gestation à l'intérieur de la caduque, alors le fluide en excès se fraie un passage à travers le cylindre membraneux du col pour s'échapper au dehors, et cette disposition se remarquait chez le sujet de mon observation. Elle établit bien positivement, contre le sentiment du docteur Breschet (2), que la figure donnée par M. Carus, de ce prolongement de la membrane, ouvert à son extrémité, pouvait être exacte, et, selon toute apparence, ce professeur en avait pris le dessin sur un cas pathologique semblable à celui que j'ai fait connaître.

Parmi les usages que MM. Moreau et Velpeau attribuent à la caduque, d'après la supposition que l'œuf se développe à sa surface externe, sont ceux de maintenir l'œuf sur un point de la cavité utérine, de prévenir sa précipitation vers le col, et d'empêcher l'implantation si défectueuse du placenta sur cette partie. Cependant cette implantation a lieu quelquefois, et cette puissante objection aurait suffi à elle seule pour ébranler fortement tout le système; mais on devait remarquer que le fluide de l'utérus avait une consistance gélatineuse, comme tous ceux qui sont le produit d'une excitation vive des organes, et sans doute l'ovule, à mesure qu'il se développe, en grande partie composé des fluides séreux de la vésicule ombilicale, de l'allantoïde, de l'amnios, devait avoir une pesanteur spécifique moindre que celle du fluide utérin, et peut-être devrait-on faire intervenir cette circonstance au nombre de celles qui déterminent sa situation la plus ordinaire vers le fond de l'utérus.

Au reste on n'a point assez recherché les causes des particularités si spéciales qu'offrent, aux époques périodiques et pendant la gestation, l'utérus de la femme et les enveloppes du fœtus. On aurait reconnu qu'elles sont toutes comprises dans la nécessité de la station bipède et de l'énergie si nécessaire pour l'expulsion d'un fœtus dont la tête était si volumineuse. *In dolore pariet mulier*, Génèse chap. III, 16: Expression qui renferme un sens physiologique de l'ordre le plus élevé (3).

Je vais maintenant exposer les particularités que je remarquai sur l'œuf, qui avait été extrait de l'intérieur de la caduque utérine. Comme je l'ai indiqué, les deux feuillets de la membrane n'étaient bien distincts qu'aux points où ils étaient simplement contigus par suite d'un décollement ancien. Dans sa partie libre le feuillet ovarien était au moins triplé d'épaisseur par l'addition d'une couche sanguine, déjà altérée par l'absorption, et qui lui était intimement unie. Elle provenait bien évidemment d'une exhalation qui avait eu lieu à l'intérieur de la caduque, puisque, d'une part, le feuillet utérin avait conservé ses rapports avec l'utérus, et que d'autre part les vaisseaux placentaires situés, dans un point opposé au décollement, étaient parfaitement intacts.

Cette disposition morbide fait assez connaître que les pertes utérines ne proviennent pas toujours d'un décollement du placenta, comme on l'a cru jusqu'à ce jour, mais peuvent survenir par simple exhalation sanguine à l'intérieur de la caduque, ainsi que sont produits quelques épanchemens sanguins entre les feuillets contigus des fausses membranes de la plèvre, comme Bayle, Laennec et autres médecins l'ont observé. C'était bien le cas de la femme chez qui j'ai pu faire ces remarques; les fleurs blanches, dont elle suspectait l'origine, provenait de l'exsudation des surfaces désunies, et elles n'étaient, ainsi que le décollement, qu'un résultat secondaire de l'exhalation sanguine d'où la perte était provenue.

On a demandé comment la menstruation pouvait être produite pendant la grossesse. On a dit que sans doute elle était limitée au col de l'utérus, à la partie supérieure du vagin; et on a donné sur les causes de cette particularité des raisons peu physiologiques. Il me paraît bien plus convenable d'admettre que souvent, dans ce cas, l'exhalation s'effectue à la surface de la caduque utérine, et que le sang se fraie bientôt un passage à travers le prolongement de cette membrane qui tapisse le col utérin. Nul doute qu'on doive attribuer à ces exhalations à l'intérieur de la caduque, et aux décollemens plus ou moins étendus qui en résultent souvent, la plupart des avortemens qui ont lieu dans les premiers temps de la gestation. L'on sait qu'ils surviennent le plus ordinairement au temps qui répond aux époques menstruelles, et cette cause devient évidente pour ceux dans lesquels l'œuf se dégage de la caduque utérine, qui, souvent alors, n'est expulsée que plusieurs jours après, comme on en a de fréquens exemples, et ainsi que j'ai eu occasion de l'observer récemment. L'intensité de l'irritation et l'étendue du décollement doivent donner la mesure du danger de l'avortement, et il est probable que cette contiguité des surfaces de la caduque peut disparaître sous l'influence d'un traitement convenable, par l'effet d'une adhésion consécutive, surtout dans les cas où il n'y aurait point d'obstacle produit par une masse sanguine considérable, comme cela arrive souvent. Dans l'observation que j'ai rapportée, on a vu que le décollement occupait plus de la moitié de la circonférence de l'œuf, et probablement il aurait plus tard entraîné l'avortement.

C'est cette contiguité si étendue, soumise à mon observation, établissant, comme on l'a vu, une communication parfaitement libre depuis l'orifice de l'utérus jusqu'à l'ovaire, qui m'a porté à penser, comme je l'ai exprimé dans un précédent travail (1), qu'une superfétation pourrait peut-être avoir lieu par l'effet d'une imprégnation produite à l'ovaire ou dans la trompe dilatée, et peut-être à l'utérus même à travers l'intérieur de la caduque; et la transmission des *spermatoïtes*, dans ce cas, ne me paraît pas plus difficile à admettre que celle qui doit avoir lieu à travers l'utérus et la trompe dans l'état normal de ces organes.

(1) Accouch., tome I.er, p. 231.

(2) Répertoire d'anat., etc., tome VI, p. 414.

(3) L'anathème est porté contre la femme, du moment qu'elle a goûté du fruit de l'arbre de la science. Il en devait résulter, 1.° une plus grande activité des fonctions intellectuelles; 2.° conséquemment une nutrition plus active; 3.° partant un plus grand volume de la tête, etc., etc.

(1) Mém. sur les Monstruosités par inclusion. Caen, 1829. In-8.°

Je renvoie à un second mémoire l'exposition de plusieurs particularités capables d'éclairer l'organisation et les fonctions de quelques autres parties des annexes du fœtus.

---

## *Du Siége et de la Maladie improprement appelée orchite blennorrhagique ou testicule vénérien;*

Par J. A. ROCHOUX,

médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes), membre de l'Acad. royale de Médecine, etc.

Une de ces circonstances dont le souvenir s'efface difficilement de la mémoire, m'avait prouvé que la maladie vulgairement appelée *chaude-pisse tombée dans les bourses*, avait pour siége la tunique vaginale du testicule et consistait en une inflammation de cette membrane séreuse. Il m'arriva un jour, dans un examen, d'émettre cette opinion en présence de M. Roux, qui fut loin de la partager. Je n'y renonçai pas pour cela, et j'attendais l'occasion de la justifier, lorsque M. Gaussail (1) est venu m'en fournir le moyen. Maintenant que, grâce à son travail, je puis enfin invoquer les données de l'anatomie pathologique en faveur de ma manière de voir, je ne dois pourtant pas négliger de faire connaître les analogies, les faits, les observations qui auraient dû depuis long-temps en démontrer la vérité, s'ils eussent été convenablement interprétés.

Il y a quelques exemples de personnes déjà atteintes d'hydrocèle qui, ayant éprouvé, par suite d'une gonorrhée, l'accident connu sous le nom de chaude-pisse tombée dans les bourses, lui ont dû la guérison de leur hydrocèle. Ces faits à la vérité ne sont pas très-communs, mais il n'est sans doute pas d'homme un peu versé dans l'étude des maladies chirurgicales, qui n'en ait vu ou lu des exemples. Comme il fallait bien les reconnaître, on les expliquait par l'hypothèse d'un changement survenu dans la vitalité de la tunique vaginale, tel, que l'état propre à l'inflammation chronique ou plutôt à l'hydropisie était remplacé par l'état dit inflammatoire: on n'allait pas plus loin. L'analogie qu'il y avait entre ce cas et celui de la résolution du testicule vénérien non précédé d'hydrocèle, n'était pas aperçue, ou plutôt la persuasion où l'on était que cette dernière affection atteignait réellement la glande sécrétoire du sperme, ne permettait pas de songer à un rapprochement qui ne cadrait nullement avec une pareille opinion. Elle s'opposait aussi à ce qu'on reconnût le véritable caractère de la douleur vive que détermine le testicule dit vénérien. On la comparait toujours à celle que produit le froissement très-fort de l'organe spermatique, au lieu de reconnaître qu'elle était absolument la même que la douleur qui, dans la cure radicale de l'hydrocèle au moyen de l'injection, est bien évidemment causée par l'impression irritante du vin sur la tunique vaginale.

La formation si prompte de la prétendue tumeur du testicule n'inspirait même pas le moindre doute à l'égard de son siége, tant on le croyait rigoureusement déterminé. Cependant la plus légère réflexion sur son rapide développement eût dû montrer qu'elle ne résidait pas dans le testicule. En effet, cet organe est entouré d'une tunique fibreuse très-dense, fort épaisse, et l'on sait qu'un pareil tissu ne saurait se laisser distendre brusquement à un degré tant soit peu considérable; exemple : ce qui arrive dans les ophthalmies internes très-intenses, où la sclérotique se rompt avec éclat, si on n'a pas le soin de l'ouvrir pour prévenir les douleurs affreuses qui précèdent cet accident. Or, il serait vraiment déraisonnable, en présence de ce fait, d'admettre que la tunique albuginée est susceptible de se dilater en peu de jours et souvent en peu d'heures, au point d'acquérir un développement de surface quinze ou vingt fois supérieur à son étendue ordinaire, comme il faudrait qu'elle le fît, si elle servait d'enveloppe intérieure à ces tumeurs arrondies, alongées, du scrotum, dont le grand diamètre a souvent quatre ou cinq pouces. Personne cependant n'était retenu par l'obligation d'adopter cette conséquence inadmissible, et l'on n'accordait pas plus d'attention à un autre fait également bien avéré, savoir que les inflammations qui ont vraiment leur siége dans le testicule se terminent presque toujours par suppuration, tandis que la résolution est au contraire la terminaison si habituelle du testicule vénérien, que je n'ai pas lu un seul exemple d'abcès produit par cette maladie cependant très-fréquente.

Enfin, la préoccupation des esprits était telle, que l'on observait, que l'on décrivait très-exactement toutes les phases, toutes les circonstances du développement de la tumeur, sans rien changer aux idées qu'on avait sur sa composition. Ainsi, on avouait que la douleur du début se propageait le long du canal déférent et venait se terminer à l'épididyme où elle paraissait se fixer. On savait que là aussi commençait l'engorgement qui, recouvrant d'abord le haut du testicule, formait une tumeur séparée de cet organe par une sorte d'étranglement, puis l'enveloppait peu-à-peu de manière à le faire disparaître entièrement. On avait constaté qu'au commencement surtout, cette tuméfaction donnait lieu à une fluctuation si manifeste que presque tous les auteurs la signalent, mais en ajoutant que c'est un symptôme illusoire. La vérité, cependant, est que rien n'est plus réel que l'existence d'une fluctuation facile à constater pour quiconque observe le testicule vénérien au début de sa formation (1), car à une époque un peu plus avancée, l'extrême sensibilité des parties malades s'oppose à ce que l'on puisse bien reconnaître la fluctuation, et quand le mal prend la voie de la résolution, l'épaisseur du liquide dont la portion purement aqueuse a été en grande partie résorbée, jointe à l'épaississement de la tunique vaginale, donnent à la tumeur les caractères qu'elle aurait, si elle était formée par un organe solide.

Les données que nous venons de récapituler rapidement ont beau être concluantes, et s'accorder toutes également

(1) Mémoire sur l'orchite blennorrhagique. Archives gén. de Méd., 1831, tome XXVII, page 163.

(1) Bien que le testicule vénérien ne soit pas une affection très-fréquente à Bicêtre, j'ai eu portant déjà deux fois l'occasion de l'y observer, et de faire nettement reconnaître à plusieurs élèves la fluctuation qu'il offre si évidemment à son début.

bien avec la supposition d'une inflammation siégeant dans la tunique vaginale, elle seraient impuissantes contre le préjugé généralement établi (1), si les faits d'anatomie pathologiques n'anéantissaient toutes les objections que l'on pourrait encore, sans eux, élever contre notre opinion. Avec leur appui, elle n'est plus attaquable, comme tous ceux qui voudront recourir aux observations de M. Gaussail pourront facilement s'en convaincre. Ils y verront que, dans deux d'entre elles, où il est question de sujets morts affectés du testicule vénérien, la tunique vaginale contenait, en proportion du volume de la tumeur, *de la sérosité trouble, épaisse, légèrement sanguinolente* (2), ou *une matière épaisse et glutineuse* (3). Dans le premier de ces cas, le testicule était sain; dans le second, il contenait des tubercules dans son centre, et la marche de la maladie, quoique n'ayant pas été décrite avec toute l'exactitude désirable, a été cependant assez bien indiquée pour préparer les esprits à l'existence de cette complication.

De tels faits sainement appréciés ne permettent pas, ce me semble, de douter que la maladie attribuée à l'engorgement inflammatoire du testicule, ne tienne à l'inflammation de la tunique vaginale et à la sécrétion abondante de liquide qui s'opère dans cette membrane, en s'accompagnant de circonstances très-propres à simuler une affection du testicule. On voit par là, que de tous les noms imposés à l'affection qui nous occupe, le moins mauvais encore malgré sa trivialité, est celui de *chaude-pisse tombée dans les bourses*, puisqu'il place assez explicitement le siége du mal dans l'enveloppe du testicule. Nous proposerions donc de le conserver, si celui de *vaginalite* aiguë ne nous semblait préférable sous tous les rapports. Quoi qu'il en soit, la petite dissertation que l'on vient de lire est une des preuves si fréquemment renouvelées dans notre art, et pourtant si impuissantes à prévenir les mêmes fautes, des obstacles que les idées préconçues opposent à l'établissement de la vérité, non pas seulement quand il s'agit de découvertes importantes, mais même à l'égard des faits les plus minimes, comme celui qui vient de nous occuper. Deux autres causes agissent dans le même sens; d'une part, les habitudes de dénigrement et d'envie si familières chez nous autres médecins qu'elles ont attiré l'attention de l'Ecclésiaste (4) et nous portent à repousser tout ce qui est donné comme nouvellement observé; de l'autre, cette paresse si largement répartie aux hommes, qui les attache irrévocablement à ce qu'ils croient savoir, par la crainte de se voir forcés à de nouvelles études, si les premières les mettaient dans l'obligation d'apprendre ou d'oublier. Ces deux vices d'esprit expliquent la lenteur affligeante avec laquelle marche notre science. Le rappeler à chaque instant serait une tâche que chacun de nous ambitionnerait de remplir, si elle devait être le remède du mal qu'elle aurait pour but de guérir.

(1) S'il fallait un exemple pour prouver combien le préjugé, qui place le siége de l'orchite dans le testicule lui-même, a jeté de profondes racines, je citerais M. Gaussail, qui, quoique n'ayant jamais vu le testicule enflammé dans ses observations, ne balance pas à croire à son inflammation dans la maladie qui fait le sujet de son mémoire. (Op. cit., pag. 209 et suiv.)

(2) Op. cit., p. 200.

(3) Op. cit., p. 203.

(4) Nulla invidia pejor invidiâ medicorum.

## *Recherches sur la blennorrhagie non syphilitique;*

PAR M. J. PIGEAUX, *D. M. P.*

L'étude des maladies vénériennes est une des plus généralement négligées. Si l'on excepte quelques médecins spéciaux et quelques élèves que le manque de place dans les autres hôpiteaux envoie chaque année, presque à leur corps défendant, dans les services principalement affectés au traitement de ces affections, à peine trouve-t-on dans la pratique quelques médecins qui aient sur ce genre de maladie, si commune et si remarquable, des notions qui leur soient propres, ou qu'ils aient au moins contrôlées par une étude clinique consciencieuse. Les plus zélés s'en tiennent à un examen des plus superficiel des principaux symptômes de la maladie qu'on leur fait passer devant les yeux comme pour acquit de conscience, dont ils n'étudient ni la marche ni les particularités, et dont ils ne voient jamais qu'en théorie, et tout au plus sur quelques cas isolés, les résultats thérapeutiques. La parole du maitre et ses opinions ont pour le corps médical pris en masse force de chose jugée; sa supériorité connue dans la pratique journalière fait passer condamnation sur les parties où son autorité pourrait être contestée. D'ailleurs, la brièveté du temps généralement employé pour le long apprentissage de la médecine, les difficultés dont sont hérissées les études spéciales, la commodité d'adopter des opinions toutes faites, faciles à saisir, et qui vous permettent de vivre en bonne intelligence avec vos confrères, qui s'arrangent assez bien avec vos intérêts, et mille autres considérations aussi puissantes, rendent suffisamment compte du servilisme dogmatique qui pèse sur les médecins relativement à ce sujet. Aussi, les erreurs et les vérités qui ont cours dans cette branche de la science ont-elles peu de fondement: adoptées ou rejetées sans conviction bien profonde, sans prévention systématique, par insouciance plutôt que par préjugé, elles trouvent aujourd'hui peu de fanatiques; à peine en existe-t-il qui au besoin ne trouveraient grace devant la plupart des praticiens, quelles que soient d'ailleurs leurs opinions médicales.

C'est dans cette conviction que j'ai résolu d'exposer ce que j'ai observé sur la blennorrhagie en général, et spécialement sur celle qui ne procède pas d'une infection syphilitique.

L'existence de cette espèce de blennorrhagie n'est plus aujourd'hui contestée, mais les difficultés dont son diagnostic positif se trouve environné, semblent avoir donné gain de cause à ceux qui professent que toute blennorrhagie survenue après le coït est syphilitique, ou au moins assez suspecte de virulence ou de spécificité pour être traitée comme telle. Aussi, exception faite de quelques articles de compilation où se trouvent avancées et réfutées dans la même page des assertions banales et des railleries contre la prétendue simplicité de médecins ou dupes ou trompeurs, à peine trouve-t-on quelques recherches spéciales et consciencieuses sur un point de pathologie qui est cependant de la plus haute importance.

Dans le cours de mes études médicales, étant connu de mes condisciples et de mes camarades de collége, pour avoir

été à l'hospice du Midi (les Vénériens), j'ai très-fréquemment eu occasion de voir ce genre d'affection si commune chez les jeunes gens de toutes professions. Je vais présentement chercher à résumer ce que l'ensemble de tous ces faits, appuyés ou infirmés par les auteurs spéciaux, m'a suggéré. Si je pouvais avoir quelque peu avancé le diagnostic différentiel des nombreuses variétés d'écoulemens de l'urètre, et précisé davantage la thérapeutique qu'on doit leur opposer en la basant sur les distinctions des causes qui les ont produites, je m'estimerais fort heureux d'avoir osé entreprendre une tâche devant laquelle ont reculé ou qu'ont à peine effleurée les auteurs des plus remarquables traités des maladies syphilitiques; si je pouvais avoir préservé quelques jeunes gens de l'influence souvent si nuisible des traitemens mercuriels mal administrés, et surtout pris au milieu des plaisirs ou des travaux immodérés, dussé-je être accusé de n'avoir pas, par préoccupation, prévenu quelques accidens consécutifs dont l'absence de traitement spécifique est fort innocente, comme j'ai cherché à le démontrer dans un mémoire spécial (*Arch. de Méd.*, janvier 1833, pag. 19), je croirais n'avoir pas démérité de la science et de l'humanité qui doivent être l'objet de nos constantes sollicitudes.

Le diagnostic des blennorrhagies, presque uniquement basé sur des circonstances de forme et de coloration, devait rester fort imparfait, les considérations tirées du mode d'invasion ou de la marche de la maladie, des causes qui l'ont produite, ayant été presque passées sous silence et peu approfondies, nous allons présentement examiner le parti qu'on eût pu en tirer, et les lumières qu'elles pouvaient apporter pour éclairer la question.

L'écoulement de *couleur* et de *densité* très-variables qui caractérise les blennorrhagies dont il a fourni la dénomination générique, étant inhérent à la stimulation de divers tissus qui restent les mêmes dans toutes les variétés de l'affection, ne pouvait pas plus servir de signe différentiel, que le pus de la variole, pour le distinguer de celui de l'ecthyma ou de l'impetigo, bien qu'introduits l'un et l'autre sous le derme, ils donnassent des résultats si différens. Aussi, bon gré mal gré, les physiologistes s'accordent-ils généralement aujourd'hui pour rendre ce symptôme à sa juste valeur, et à chercher les élémens de leur diagnostic différentiel (lorsqu'ils en établissent encore, ce qui devient de plus en plus rare), sur d'autres considérations que celle de la couleur blanche, jaune ou verte, entourée ou non d'une auréole noirâtre, laissée par l'écoulement sur le linge du malade. Les seules conséquences qu'on puisse présentement en déduire se rattachent entièrement à l'acuité et à la période où se trouve l'affection urétrale, et sous ce point de vue elles n'ont encore rien d'absolu, car il est des blennorrhagies syphilitiques, ou non, dont l'écoulement ne devient jamais vert : d'autres qui se terminent par cette coloration; tandis qu'en général la couleur blanche crémeuse est d'un plus favorable augure.

La durée et l'acuité de l'écoulement ne se trouvent pas dans les mêmes conditions : les praticiens sont extrêmement divisés d'opinion sur la valeur symptomatologique de ces particularités de la blennorrhagie; les uns, et c'est le plus grand nombre, voulant justifier l'idée qu'ils se font de la malignité du virus, affirment que les blennorrhagies syphilitiques sont et plus aiguës et plus opiniâtres que celles qui ont un tout autre caractère; par contre, les praticiens les plus justement famés de Paris, pour le diagnostic et la thérapeutique des maladies vénériennes, pensent que les écoulemens franchement syphilitiques, tels qu'ils s'observent pendant l'instance d'autres symptômes de même nature, sont d'ordinaire peu douloureux, et qu'ils se résolvent avec autant de facilité que tous les autres, lorsqu'ils sont convenablement soignés. Assurément on aurait tort de donner, sans restriction, la bénignité des écoulemens comme un signe pathognomonique de leur essence virulente, trop de faits contradictoires s'éleveraient contre cette assertion; mais abondant dans l'opinion des Swediaur et des Cullerier, qui a été confirmée par l'examen attentif du phénomène, je désire faire de ce caratère de la blennorrhagie spécifique une arme contre ceux qui veulent arguer de la nature du mal par les douleurs qu'il occasionne.

Quant aux caractères tirés de la durée de l'affection, ils sont moins précis, si l'on n'établit pas une distinction entre la période aiguë et celle d'indolence de la maladie, car, en somme, si la blennorrhagie virulente dure d'ordinaire aussi long-temps que les autres, sa période d'acuité étant bien moins longue, d'après l'importance attachée à ces phases de la maladie, on pourra soutenir, avec égal avantage, l'une et l'autre opinions.

La sensibilité, d'ailleurs si variable de la peau et des muqueuses, la facilité ou la lenteur à se résoudre des affections qui s'y sont développées, qui diffèrent, non-seulement dans chaque individu, mais sur le même individu selon l'état général de sa santé, devaient faire pressentir que la susceptibilité personnelle, locale ou générale, modifierait à l'infini l'intensité de la douleur occasionnée par le passage des urines, par l'érection et par l'afflux du sang vers la partie malade. Notons toutefois que la spécificité de l'écoulement ne contribue en aucune manière à accroître les douleurs.

Les caractères locaux de ces affections, manquant de précision dans la détermination de leur diagnostic différentiel, leur marche et leur durée ne donnant que des signes fort équivoques, examinons le mode d'invasion de chacune d'elles en particulier.

La blennorrhagie qu'on pourrait nommer *traumatique*, produite par une excitation toute locale, résultant, soit d'une violence des parties ou de leur souillure par un fluide sécrété autre que le virus syphilitique, se déclare presque immédiatement : elle ne saurait survenir après quelques jours de repos ou de sédation complète des parties; ses progrès sont d'ordinaire rapides et sa durée médiocre, à moins qu'elle ne soit entretenue par une lésion organique; son début cependant n'est pas toujours aussi aigu; elle commence par un léger prurit qui monte insensiblement jusqu'au ton de la plus vive cuisson, mais sans intervalle bien sensible entre la cause et l'effet de la maladie. La blennorrhagie syphilitique au contraire procède d'une toute autre manière; elle a constamment une *période d'incubation* dont la durée varie, en général, entre deux et huit jours, quoiqu'à l'exemple de la variole, elle soit le plus souvent de quatre jours. Cette circonstance est de la plus haute im-

portance; dans toutes les tentatives avec réussite de l'inoculation du virus syphilitique, elle se trouve mentionnée; je l'ai constatée dans les cas d'affections syphilitiques pustuleuses ou autres, qui se compliquent d'écoulement urétral: je m'explique difficilement le motif qui l'a fait passer sous silence. Cette incubation constitue un des caractères essentiels et pathognomoniques de la blennorrhagie syphilitique. Cette période d'incubation est presque toujours complètement exempte d'excitation locale ou générale, et tel qui se flatte d'avoir échappé au danger qu'il a couru se réveille au bout de quelques jours avec une ardeur urétrale dont la première ou la seconde émission de l'urine vient lui révéler toute la conséquence : *Hæret lateri læthalis arundo.* Au reste, cette incubation est commune à toutes les affections spécifiques : les autres symptômes primitifs de la maladie vénérienne n'apparaissent jamais avant cette époque, ce qui m'a souvent permis de les différencier d'autres symptômes analogues. Cette considération, tirée du mode d'invasion, me paraît donc de la plus haute importance pour le diagnostic différentiel des variétés de la blennorrhagie.

Il ne faudrait cependant pas croire qu'une blennorrhagie est toujours exempte de spécialité, lorsqu'elle vient immédiatement après l'acte de la copulation; car, si l'infection préalable a eu lieu, comme elle ne laisse aucune trace de son existence, le coït peut quelquefois devenir cause déterminante d'une blennorrhagie, dont on a pris le germe dans un rapprochement sexuel antécédent.

Par contre, les relations possibles de coïncidence entre un coït non infectieux et l'apparition ultérieure d'une blennorrhagie d'origine semblable demandent quelque réserve pour les conclusions qu'on serait d'abord tenté d'en tirer. Mais heureusement que d'autres circonstances vont nous permettre de différencier ces cas, réunis jusqu'alors par quelques points de contact, qui rendent spécieuse au moins leur assimilation. La manière dont se comportent ces deux genres de blennorrhagie mis en parallèle va servir de texte à la controverse.

Nous n'insisterons pas davantage sur la blennorrhagie traumatique : elle a des caractères assez tranchés pour pouvoir être reconnue tout d'abord et sans équivoque par un examen attentif.

La blennorrhagie qu'on pourrait appeler *rhumatismale*, à cause des symptômes qui la précèdent ou des métastases auxquelles elle est sujette, est assurément la plus fréquente de toutes les urétrites non syphilitiques, et celle que l'opinion générale range au nombre des plus virulentes. Elle succède souvent à des douleurs vagues; quelquefois elle précède le rhumatisme articulaire qui est alors suspecté dans son essence. On connaît ses déplacemens sur la conjonctive, sur le testicule et l'épididyme, etc. : elle voyage d'un point à un autre à la manière des érysipèles. Elle n'a pas d'endroit fixe pour envahir le canal de l'urètre, mais elle en parcourt toute l'étendue, en procédant d'avant en arrière ou en sens inverse; quelquefois elle se glisse par les canaux éjaculateurs jusqu'aux vésicules séminales et aux canaux déférens; son invasion et brusque est inopinée; elle acquiert en peu d'heures toute l'intensité dont elle est susceptible. Combien de fois est-elle venue troubler le repos conjugal, par les soupçons qu'elle a fait naître et qu'il est si facile d'apaiser par la considération de son développement exclusif chez l'un des conjoints, et surtout par l'innocuité de l'écoulement qui l'accompagne, comme on peut s'en assurer par l'inoculation. Elle reste peu de temps à la même place, mais dans sa marche progressive, restant toujours à peu près au même type d'acuité, elle devient une des plus douloureuses affections de ce genre. En un mot, elle se comporte comme toutes les maladies rhumatismales; elle en a les conséquences, les récidives, et ne réclame pas d'autre traitement. Je l'ai vue plusieurs fois succéder à un érysipèle, à un embarras gastrique, ou alterner avec ces affections.

Elle diffère, comme on le voit, des deux précédentes espèces de blennorrhagies, et par sa cause et par l'ensemble de ses symptômes; mais n'ayant rien de fixe dans son apparition, elle peut fort bien se développer quelques jours après le coït, et simuler d'abord la blennorrhagie syphilitique.

Celle qui succède à un embarras gastrique est ordinairement bénigne et passagère, à moins qu'on ne l'entretienne par des boissons trop abondantes, une diète intempestive ou des mercuriaux pris à l'intérieur. Un émétique ou un éméto-cathartique en fait promptement justice.

La dentition chez les enfans s'accompagne souvent d'un échauffement des parties génitales, puis d'un écoulement qui cède le plus souvent avec les symptômes de réaction qu'a déterminés le développement des nouveaux germes dentaires. J'ai eu quelques occasions de voir, chez des jeunes gens de dix-huit à vingt-cinq ans, l'apparition des dernières molaires, connues sous le nom de dents de sagesse, s'accompagner des mêmes accidens. En procédant au diagnostic de la blennorrhagie, c'est une circonstance qu'on ne doit pas oublier de chercher à constater.

La réaction qui vient à la suite d'une sueur rentrée, d'une transpiration habituelle ou accidentelle supprimée, s'effectue tantôt sur le poumon et détermine un catarrhe ou une pneumonie; chez d'autres, elle se porte sur les intestins ou le cerveau suivant la susceptibilité organique particulière; en vertu de la même loi, cette réaction se fait souvent, chez les personnes qui ont eu une ou plusieurs blennorrhagies antécédentes, sur le canal de l'urètre. Les excès, de quelque genre qu'ils soient, ont dans les mêmes conditions des résultats analogues : les chaudes-pisses à répétition n'ont pas d'autre origine.

L'action des liqueurs en fermentation sur les voies urinaires et sur l'urètre en particulier est bien connue; la bière, le cidre, le vin nouveau, occasionnent des écoulemens dont on ne suspectera pas la source.

Une cause moins connue d'écoulemens, et des plus communes chez les femmes, c'est la constipation permanente à laquelle les condamne la bienséance de leur position sociale : celle-ci cède le plus souvent à de légers laxatifs, à des lavemens, et surtout en rompant l'habitude contractée de retenir les matières fécales amoncelées dans les dernières voies.

Chez les jeunes gens de tout sexe renfermés ou privés des communications sexuelles, on sait combien la masturbation détermine d'écoulemens rebelles à tout autre moyen que la cessation des habitudes vicieuses. Chez de très-jeunes enfans les lombrics accumulés dans le rectum ont souvent le même

effet. Les calculs rénaux ou vésicaux agissent encore de la même manière par l'excitation douloureuse qu'ils déterminent à l'extrémité de la verge : l'écoulement de pus de la néphrite ou de la cystite a quelquefois simulé une blennorrhagie chronique, et fait prescrire un traitement approprié.

Nous avons précédemment indiqué les caractères principaux qui signalent l'invasion d'une blennorrhagie syphilitique, nous les avons ensuite opposés à ceux des divers écoulemens urétraux qui lui ont été assimilés. Pour achever le parallèle, nous dirons que la blennorrhagie spécifique est d'ordinaire fixe à l'endroit où elle s'est primitivement développée, et que ce lieu d'élection est rarement l'orifice de la verge, mais bien sa portion membraneuse et la spongieuse; qu'elle s'accompagne plus souvent que toute autre de l'incurvation de la verge (chaude-pisse cordée), par suite de la rigidité qu'elle imprime à la partie de l'urètre où elle s'est fixée, qu'il est très-fréquent de la rencontrer accompagnée d'autres symptômes vénériens moins équivoques, tels que chancres et bubons primitifs, et qu'enfin elle dure peu à l'état aigu (15 jours environ), mais qu'à cause des ulcérations qu'elle détermine ou dont elle s'accompagne, elle reste fort long-temps indolente et opiniâtre aux médications qui ne tendent pas à cicatriser les ulcères ou à détruire les cicatrices vicieuses qui en sont résultées. En somme, la blennorrhagie syphilitique diffère au moins autant des écoulemens analogues par son incubation, son invasion, sa marche, sa terminaison, par l'ensemble de ses symptômes en un mot, que la gastrite cancéreuse, que la pneumonie tuberculeuse, que la variole, de la gastrite simple, de la pneumonie sans complication, des autres affections pustuleuses. On doit donc, dès-lors, faire tout son possible pour arriver au diagnostic positif, si surtout on attache une importance réelle à la spécificité de l'affection, pour y opposer un traitement approprié.

Le traitement de la blennorrhagie est encore moins connu que son diagnostic positif. Les uns n'y voient que la spécificité, y opposent de prime-abord et à outrance les médicamens du même genre; les autres, ayant seulement égard à l'élément inflammatoire de l'affection locale, épuisent contre elle toutes les batteries antiphlogistiques. Presqu'aucun praticien n'a égard à la cause qui l'a fait naître, à moins qu'elle ne soit pas trop évidente, comme celle qui provient du séjour des sondes dans le canal. En matière de thérapeutique, l'étiologie sagement interrogée devient cependant la source des plus sûres indications à remplir dans le traitement des maladies. Presque tous les médecins omettent de faire attention aux circonstances secondaires, aux complications de la maladie qui, seules et indépendamment de la spécificité et de l'inflammation première, suffisent pour l'entretenir presqu'indéfiniment, telles que pour l'état aigu : 1° le passage de l'urine, 2° l'excitation des organes génitaux, par suite de la continence où se tiennent des jeunes gens qui n'y sont pas habitués; 3° les érections qui en résultent avec ou sans rupture des parois du canal; et pour l'état chronique 1° la débilitation du sujet, consécutive à la diète et aux boissons dont on les abreuve, 2° la débilitation locale de la muqueuse du canal qui s'est habitué à sécréter un excès de mucus ou de pus dont la source est intarrissable, lorsqu'on persévère dans les mêmes voies médicatrices; 3° les ulcérations et les brides vicieuses qui entretiennent l'excitation du canal.

D'après l'ensemble de ces considérations, voici le traitement que j'ai cru devoir adopter pour les blennorrhagies. Les bases en sont tirées des principes suivans :

1° Considérer : si elle est *idiopathique*, le combattre localement; si elle est *sympathique* ou *symptomatique*, détruire ou laisser passer la cause qui l'a fait naître ou qui l'entretient, ensuite la traiter par des topiques, pour achever la guérison, si elle n'a pas suivi la disparition de la cause morbifique générale.

2° Si elle est spécifique, regarder cette circonstance comme non avenue tant qu'elle est à l'état aigu; libre ensuite à chacun, selon ses opinions, d'ajouter ou non des préparations mercurielles, pour consolider la guérison.

3° Avoir égard aux complications; faire tomber les érections et l'éréthisme des parties génitales par quelques pilules de camphre et d'opium (camphre, gr. ij, opium quart de grain, deux ou trois au plus dans les 24 heures; par des bains généraux); si la blennorrhagie n'est pas syphilitique, par le coït modéré; dans le cas contraire, par la masturbation (1). Enfin, lorsque l'affection est purgée de toutes les complications, je me suis très-bien trouvé des injections faites tros fois par jour avec une solution de sulfate de soude ou d'alumine et de potasse, en commençant par un grain par once et portant la dose jusqu'à 24 et 36 grains sur huit onces d'eau. En suivant ces préceptes, je n'ai pas encore trouvé un seul écoulement (non inhérent à un vice organique du canal, tel qu'ulcères ou brides vicieuses) qui n'ait cédé en peu de temps à cette médication, quelqu'anciens et rebelles qu'ils aient été jusques-là. La diète est des plus modérées; j'exclus tout excès de boisson; à peine ai-je recours aux antiphlogistiques locaux, jamais aux généraux, à moins de symptômes de réaction fort graves : je n'ai pas encore eu besoin du copahu ou du cubèbe. Je purge, à la fin, à moins de contre-indication spéciale (Sulfate de soude, une once dans du bouillon aux herbes). Si j'ai reconnu l'affection spécifique et que les personnes le désirent, je leur prescris 100 pilules à prendre, deux par jour, une le matin et l'autre le soir. Voici la formule : prenez : Calomel à la vapeur, 1 gros, deuto-chlorure de mercure, grains vj, sucre et gomme, aa un gros et demi, pour cent pilules.

*Nota.* Il faut surveiller cette médication, car j'ai vu des blennorrhagies, entièrement supprimées depuis quelque temps, reparaître avec ou sous son influence. La première condition de la réussite du traitement par les mercuriaux, c'est de ne produire aucun effet appréciable sur l'organisme, si ce n'est sur les parties affectées.

(1) La moralité de certaines personnes s'effrayera peut-être de voir conseiller un moyen réprouvé comme honteux et contre-nature; ici nous ne parlons que comme thérapeutistes, et après avoir bien éprouvé le fait. Médecins du corps, nous devons le guérir envers et contre tout, quand un plus grand mal ne doit pas en résulter. Le parallèle ne serait pas soutenable.

*Observation d'une Grossesse utéro-tubaire ; présentée à la Société de Médecine-Pratique de Paris ;*

Par le docteur MONDAT.

Mme C..., couturière, âgée de 38 ans, de constitution lymphatique, fut mariée à vingt ans; elle avait eu très-heureusement, à onze ou treize mois d'intervalle, neuf enfans à terme, bien constitués. A 35 ans elle fut atteinte d'une hydropisie utérine qui simulait une nouvelle grossesse de huit mois. Elle fut déclarée par deux accoucheurs célèbres de Paris. Quelques jours après cette dame reçut un coup violent sur le milieu du ventre très-distendu. A l'instant rupture de la poche formant un kyste, qui donna issue à plusieurs livres d'eau de couleur citrine ; en peu de jours les parties reprirent leur état normal. Elle jouit d'une bonne santé pendant un an à-peu-près. Un accident occasionna une métro-péritonite ; elle fut combattue très-judicieusement par son médecin. Toutefois la malade ne se rétablit que très-imparfaitement. Mme.... ne put reprendre ses occupations : elle fut long-temps languissante; malgré cela, les menstrues paraissaient à leur terme habituel jusqu'à la fin de décembre 1829. Trente-sixième année du sujet, époque où elle redevint enceinte ; à quatre mois et demi environ, je fus appelé pour l'examiner et faire pratiquer une saignée au bras. En effet, la respiration difficile, suspirieuse, la plénitude de ses vaisseaux, précisaient cette indication. Je lui fis ôter douze onces de sang. Les mouvemens de l'enfant, qui ne s'étaient pas manifestés, se prononcèrent presque immédiatement. Quelques jours après, je touchai cette dame pour m'assurer de l'existence du fœtus, dont les mouvemens furent très-marqués, surtout en exerçant le balottement. Au développement de l'utérus, au raccourcissement de son col, à l'état de son orifice, je jugeai qu'elle avait cinq mois et demi de gestation. Des bains, une seconde saignée abondante et un régime convenable, suffirent pour maintenir la santé de cette dame jusqu'au terme de la gestation.

Les premiers indices de l'accouchement se firent sentir le 29 septembre 1830 ; elle souffrait depuis quatre heures lorsque j'arrivai auprès d'elle ; tout s'annonçait, selon l'expression de cette dame, comme dans les autres accouchemens. Par le toucher, je trouvai le col utérin entièrement effacé, son orifice souple, dilaté à recevoir facilement deux doigts. Les contractions utérines devinrent graduellement plus actives, l'utérus s'était rapproché du détroit inférieur; son orifice large permettait facilement l'exploration de la partie du fœtus qui pesait sur ses membranes. C'était évidemment la tête. J'annonçai que dans deux heures et demi à-peu-près, Mme ..... serait accouchée. Insensiblement les contractions devinrent moins pressantes. La malade, fatiguée, finit par s'endormir profondément. Son sommeil dura six heures. A son réveil elle prit un potage. Elle était étonné de ne plus éprouver de douleurs. Je revis cette dame plusieurs fois dans la journée, toujours dans le même état. Je m'assurai de la situation de l'utérus : je le trouvai très-élevé, son orifice rétréci, quoique souple. Je prescrivis des clystères, un bain, du repos. L'appétit revint, toute souffrance avait disparu. Cinq jours après, de nouvelles douleurs se manifestèrent ; le volume et la forme du ventre annonçent une grossesse de neuf mois. Plus porté à droite, on sentait le fœtus appuyé sur le bord de l'os des îles. Ses mouvemens étaient encore très-dictincts. Insensiblement ils diminuèrent ; la mère en avait seule le sentiment, encore très-éloigné. Au 20e jour, la malade fut réveillée tout-à-coup par des douleur subites du ventre, par des mouvemens très-forts ( jusqu'ici j'avais pensé que cette dame n'était pas arrivée à son temps; cette fois elle devait accoucher, c'est ce que j'avais annoncé ). Je me transportai assez à temps pour sentir les derniers mouvemens du fœtus qui annonçaient la nature aux prises avec la mort. La malade m'aperçut à peine, qu'elle me supplia de la délivrer, parce qu'elle sentait son enfant mourir. On distinguait en effet des mouvemens convulsifs et intermittens du côté gauche. Cette scène dura une heure et demie ; sur la fin elle se trouva mal. Elle revint à elle avec le sentiment que son enfant avait cessé de vivre.

Quelques heures après cet événement, pouls très-développé, face animée, douleur violente au côté gauche du ventre. (Saignée au bras de dix onces; ensuite application de vingt sangsues sur le point douloureux; cataplasmes émolliens ; tisane délayante; lavemens; demi-bains.) Ce traitement eut un heureux succès, dans un délai de 25 jours. Néanmoins la convalescence fut très-longue. La malade conserve toujours un sentiment de gêne sur la région gauche du ventre, d'étouffemens qui nécessitaient de fréquentes et longues inspirations. Deux mois s'étant écoulés sans changement de situation, quoique la malade fût soumise à un régime régulier, le même point douleureux se renouvella, émissions sanguines, etc. Ce fut dans cette situation que notre honorable confrère, le docteur Nauche, fut appelé. Il reconnut évidemment un corps dur, très-sensible au toucher, qui lui parut être un enfant, dirigé sur le côté gauche; après avoir exploré la malade avec le plus grand soin, il fut très-embarrassé sur l'emplacement que devait occuper le fœtus. Toutefois il finit par croire que l'enfant était hors de l'utérus. Le professeur Antoine Dubois examina plusieurs fois cette dame, sans donner de décision précise. Les honorables confrères, Montcourier, Vidal, Nauche et le professeur Marjolin, examinèrent cette pauvre malade avec un soin particulier. Le docteur Vidal se prononça pour une gestation extra-utérine, et entraîna dans son opinion M. Marjolin. MM. Nauche, Montcourier et moi pensâmes que le fœtus résidait dans l'utérus. Toutefois le docteur Nauche fit quelques réserves. Un peu plus tard, des douleurs faibles, ensuite pongitives, se manifestèrent vers le siége. Bientôt une tumeur se fit sentir à travers les parois postérieures du vagin. En portant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, il était facile de la constater.

De nouveaux confrères furent appelés; je proposai de pratiquer une opération sur la tumeur, afin de donner issue à des liquides et même à des portions du fœtus, si elles se présentaient; il y eut dissidence et irrésolution. Enfin on fut aux voix; sur vingt confrères, douze se prononcèrent contre, et huit pour. Je persistai et j'exposai de nouveau la nécessité de l'opération comme la seule voie de salut; on sait que toutes les femmes périssent, en les abandonnant au vain secours de la nature; la malade, qui comprenait sa

cruelle position, voulait à toute force être opérée. Dans une cinquième réunion, j'insistai pour faire l'extraction des débris du fœtus, et par la tumeur proéminente du vagin et par l'utérus, si cela devenait nécessaire. La majorité décida encore que cette opération était trop dangereuse. Je dus, d'après cette nouvelle déclaration, ne plus insister et résister aux pressantes sollicitations de la malade et des parens qui réclamaient l'opération. D'ailleurs toutes ces indécisions avaient laissé passer le temps d'élection; dès lors cette infortunée dut subir toutes les conséquences de sa déplorable situation. Insensiblement ses forces diminuèrent; son pouls fut toujours dur, petit et fébrile; ses douleurs qui, sans être intenses, l'empêchaient de dormir, la fatiguaient; chaleur à la peau; langue sèche; soif; diminution de l'appétit. Tous les prodrômes annonçaient un travail pathologique funeste.

La tumeur du vagin avait changé de place; elle s'était projetée sur le rectum. En l'explorant, on sentait un corps dur, douloureux au toucher à quatre pouces environ de profondeur. La malade resta dix jours sans aller à la selle. A chaque instant, on faisait des injections émollientes dans le rectum; le reste du temps, elle était plongée dans un bain émollient. Les préparations opiacées diminuaient ses souffrances. Enfin, les matières de la tumeur se firent jour à travers l'intestin; il s'en écoula une grande quantité avec des débris de tégumens du fœtus. En plusieurs jours, je fis l'extraction des deux pieds entiers; leur peau, en putréfaction, s'enlevait par lambeaux avec facilité. Les jours suivans, je retirai les deux péronés, ensuite un tibia. Les tractions faisaient éprouver de violentes douleurs à cette infortunée. Il me fut impossible d'aller plus loin. Enfin l'épuisement et le marasme usèrent bientôt l'organisation. Elle ne tarda pas à succomber. La gestation dura dix-neuf mois.

*Autopsie.* — L'ouverture de l'abdomen montra l'utérus couleur lie de vin, de forme arrondie. Je l'incisai avec précaution, surtout en enlevant les lambeaux incisés. La surface interne de cet organe était entièrement désorganisée. La tête du fœtus, contenue dans la cavité, reposait sur l'articulation sacro-iliaque gauche, la face tournée du côté du sacrum, et suivant l'occupation du reste du fœtus. Je trouvai tout le tronc logé dans la trompe gauche, en sorte que l'ouverture utérine embrassait le col du fœtus, tandis que l'autre avait formé adhérence avec le rectum. Toutes ces parties présentent des désorganisations plus ou moins complètes de leurs tissus : c'en était assez pour expliquer tous les phénomènes qui avaient eu lieu. J'aurais voulu donner à l'appui les pièces de conviction de ce fait si intéressant sous tant de rapports; mais les parens n'ont pas voulu faire droit à mes instances.

## *Note des Rédacteurs.*

On doit regretter que M. Mondat n'ait pas donné plus de développemens à l'observation qu'il rapporte. Les altérations que l'appareil utérin a éprouvées, à la suite de la métro-péritonite dont la femme avait été affectée quelque temps avant, sont les causes présumables de la gestation extra-utérine. Mais, pour bien juger cet état de choses, il aurait fallu connaître toutes les circonstances de l'imprégnation et tous les accidens qui se sont déclarés dans le cours de cette grossesse. Deux saignées abondantes ont été pratiquées, des bains ont été prescrits, un régime convenable a été suivi; tout cela nous indique assez que cette gestation ne s'est pas passée sans donner des motifs d'inquiétude au médecin; et si M. Mondat recueillait tous ses souvenirs, il est probable qu'il se rappellerait que l'état du bas-ventre n'a pas été étranger aux indications qu'il a suivies; car la distension de cette cavité, qui aurait reproduit quelques symptômes de l'affection première, dans une gestation légitime, a dû nécessairement les faire renaître dans celle dont il est ici question.

Les mêmes doutes se reportent également sur le travail de l'enfantement qui s'est déclaré au terme des neuf mois. Y avait-il grossesse extra-utérine primitive? ou est-elle consécutive à une déchirure de la matrice ou du vagin, ou enfin est-elle, comme l'auteur l'a signalée, utéro-tubaire? Tout nous porte à penser qu'elle était de la première espèce; que l'ovule retenu dans la trompe gauche s'est développé jusqu'à la fin du neuvième mois; qu'il a provoqué les douleurs expulsives comme celles qui ont lieu dans les accouchemens ordinaires. Le développement de l'utérus, l'effacement de son col et la dilatation de l'orifice, sont des phénomènes qui s'observent dans ce genre de travail. La tête, que l'explorateur a cru reconnaître à travers les membranes, n'était point dans la cavité utérine; elle n'était sentie qu'à travers les parois de cet organe et tendait à se porter dans l'excavation et vers le détroit inférieur, sous l'influence des contractions des muscles abdominaux, ou de celles du kyste lui-même, car cette nouvelle partie acquiert une organisation telle que, dans le travail qui survient alors, elle peut agir comme la matrice sur le fœtus. Duverney nous l'avait fait entrevoir, dans l'observation qu'il nous a transmise, et les faits ont confirmé l'assertion de cet académicien. Le renouvellement des douleurs à différentes époques, jusqu'à la mort du fœtus, n'a rien qui n'appartienne bien à cette espèce de grossesse. Les accidens qui se sont déclarés, après les dernières douleurs d'expulsion, sont le résultat de l'inflammation qui envahissait le kyste. Les moyens qu'on a opposés ont réduit cette inflammation à l'état chronique. D'après l'exposé de l'observation, on serait porté à croire qu'il y a eu rupture de la matrice et passage de l'enfant dans le bas-ventre; mais rien de tout cela n'a eu lieu; l'hémorrhagie, inséparable d'un semblable accident, ne s'est point montrée. Le fœtus ne se serait pas trouvé en partie logé dans la trompe gauche, et la mort de la mère aurait suivi de près celle de l'enfant, si les faits s'étaient ainsi passés. Des erreurs ont été commises sur ce sujet, par les anciens auteurs. Dans les observations de Varnier, Mangin, de François Bayle, etc., ils ont cru que l'enfant à terme, ne pouvant sortir par l'ouverture naturelle, soit à cause d'une conformation particulière de ce viscère, soit à cause de sa position vicieuse, s'était fait jour à travers les parois de la matrice, était tombé dans la capacité du bas-ventre, et s'était conservé ainsi pendant plus ou moins long-temps; ils avaient été conduits à cette explication, lorsqu'ils découvrirent à la matrice des fistules et des altérations de tissu; mais la nature avait suivi une autre marche. Le kyste, placé au-dessus de la matrice, et presque toujours adhérent au corps de cet organe, doit, dans sa désorganisation, produire un

état morbide dans les parties avec lesquelles il est en contact. Il détermine des abcès sur les parois du bas-ventre, qui donnent issue à des portions du fœtus, des ulcérations sur le rectum par lesquels le fœtus tout entier peut arriver au-dehors. Ce qui se passe ici peut se présenter sur la matrice, mais elle ne livre en général passage qu'aux parties molles de l'enfant, et les os restent le plus souvent dans le kyste, si une autre voie n'a pas été préparée pour leur expulsion. C'est à cette cause, à la décomposition putride de la masse retenue, que doivent être attribuées les désorganisations de tissu notées dans l'observation de M. Mondat. Les archives de la science nous fournissent de nombreux exemples analogues. Quant à la gestation utéro-tubaire, les détails manquent, pour adopter le sentiment de l'auteur. Nous ne possédons guère que quatre observations où le fœtus et ses annexes se sont développés à la fois dans la matrice et dans la trompe. Quoique recueillies par des hommes de mérite, elles n'inspirent pas une grande confiance. Ces faits sont trop extraordinaires et trop rares pour ne les admettre qu'entourés de toutes les circonstances et de tous les développemens nécessaires et propres à nous éclairer sur l'état des choses; et lorsque cette condition manque, nous devons rester sur la réserve et les confondre avec ceux que la nature dans ses écarts nous montre le plus souvent.

La conduite qu'a tenue M. Mondat dans cette périlleuse gestation, est celle d'un médecin instruit et consciencieux. Il a appelé de tous côtés des lumières et des secours pour arracher sa malade à la mort. Il est malheureux que ce médecin n'ait pas fait assister le lecteur aux délibérations des vingt confrères qui avaient été convoqués. La décision adoptée, à une majorité de quatre voix, représente assez l'état de la science, telle qu'elle est enseignée dans nos livres classiques : mais si l'on consulte les observations particulières, si on interroge les faits heureux ou malheureux, on trouvera dans cet examen de puissantes raisons pour faire regretter que l'opinion de M. Mondat n'ait pas obtenu plus de suffrages. L'opération se présentait avec un succès presque certain, lorsque le kyste faisait saillie dans le vagin et que l'état général de la malade était encore favorable. Les revers qui ont souvent suivi l'opération césarienne dans les gestations extra-utérines, ont trop découragé les chirurgiens et ne paraissent pas les avoir éclairés. Ils auraient dû, avant d'entreprendre l'opération, reconnaître, comme ils recommandent de le faire pour les tumeurs de la vésicule biliaire, si le kyste était adhérent à la paroi sur laquelle on devait pratiquer les incisions. C'est dans cette condition que le succès est le plus souvent rencontré. La difficulté se réduirait donc à découvrir quelles sont les parties de l'abdomen avec lesquelles le kyste a contracté des adhérences. Durant la vie du fœtus, la position du placenta, appréciée par le sthétoscope, peut nous fournir des indications assez précises. Mais ce qui doit surtout fixer l'attention de l'accoucheur, c'est l'extrémité du kyste plongeant dans l'excavation pelvienne. Dans la plupart des observations où la saillie du kyste s'est montrée dans le vagin, l'adhérence du kyste avait lieu avec les parois du vagin et du rectum; mais quand cette condition n'aurait pas existé dans l'observation de M. Mondat, l'opération aurait encore offert des chances de succès. On n'aurait point eu à craindre l'épanchement, et l'écoulement des liquides au-dehors aurait été favorisé par la position déclive de l'incision. On sent combien il y avait de motifs dans ces circonstances, pour ne pas abandonner l'expulsion des débris du fœtus aux efforts souvent impuissans de la nature.

---

## *Considérations sur les hernies congénitales;*

Par le docteur ADAMS (1).

1.° *Entérocèle congénitale.* — La hernie congénitale devient rarement étranglée chez les enfans très-jeunes; cependant, ces accidens pouvant se présenter, le docteur Adams a cherché, dans le travail dont nous donnons un extrait, à attirer l'attention des praticiens sur ce sujet important. Dans le cas d'étranglement, on doit hardiment recourir à une prompte opération. L'observation suivante offre un exemple heureux de cette pratique.

*Observation.* — W. F. âgé de 18 mois, à la mamelle, chétif, fut admis à l'hôpital, le samedi soir 18 mars. Le visage était pâle et abattu; les yeux languissans et entourés d'un cercle noir; l'enfant était privé de sommeil, agité, altéré, et tout ce qu'il avalait était à l'instant même rejeté de l'estomac, tandis que les intestins qui jusque là avaient été affectés d'une diarrhée continuelle, étaient, depuis deux jours seulement, dans un état de constipation opiniâtre. L'abdomen était proéminent, tendu, tympanitique; l'anneau inguinal du côté droit semblait être distendu par la base large d'une tumeur pyramidale, dont le sommet correspondait à la partie la plus déclive du scrotum. Cette tumeur était exactement dans le même état de tension que l'abdomen, et contenait évidemment une anse intestinale étranglée. La partie inférieure du scrotum distendu était fortement colorée en rouge par l'inflammation; cette tumeur était extrêmement douloureuse à la plus légère pression. Les parens de cet enfant s'étaient aperçus qu'il était malade depuis deux jours; sa maladie avait commencé par des vomissemens suivis de fièvre et de constipation; mais la tumeur de l'aine ne fut remarquée que le jour de son entrée à l'hôpital. Le taxis fut pratiqué sans succès; un lavement au tabac n'eut pas un meilleur résultat. A 8 heures du soir, on tint une consultation dont le résultat fut que l'opération serait exécutée sur-le-champ. Cette opération n'offrit rien de particulier; la tunique vaginale fut divisée complètement jusqu'à l'anneau externe au-dessous duquel on trouva le testicule, et une portion d'intestin qui offrait une couleur brune foncée et une surface extrêmement polie. L'étranglement était tel qu'une sonde cannelée put être introduite dans l'anneau. Le débridement fut fait avec un bistouri boutonné très-étroit dirigé sur l'ongle du doigt indicateur de la main gauche; l'incision fut dirigée en haut en dedans. L'enfant dormit pendant trois heures, après l'opération; à son réveil, il rendit beaucoup de vents qui furent suivis d'une abondante évacuation intestinale; aucun symptôme fâcheux ne se manifesta, et en peu de temps il était bien, sauf la nécessité de

(1) Dublin Journ. N.° 6.

porter un bandage. Le docteur Adams espère que ce bandage procurera une guérison permanente.

2.° *Encéphalocèle congénitale.* — C'est une maladie très grave, quelquefois très-obscure. La hernie se fait à travers une ouverture congénitale de quelque portion du crâne, et peut être formée par le cerveau, par le cervelet ou par tous les deux, avec enveloppes membraneuses. Voici les caractères de cette maladie tels qu'ils sont donnés par le docteur Adams: en quelque point du crâne que soit située la tumeur herniaire, elle est de forme ovalaire ou sphéroïdale, molle et incolore. Elle offre des pulsations synchrônes à celles du cœur. Quelquefois, lorsque le malade est tranquille, ces pulsations sont peu distinctes, mais elles deviennent très-sensibles à la vue et au toucher par le plus léger exercice. Le malade, quand il est assez âgé pour rendre compte de ses sensations, n'accuse aucune douleur dans la tumeur; s'il est très-enfant, il ne semble y éprouver aucune souffrance, même lorsqu'elle est légèrement comprimée. La grosseur de la tumeur est augmentée momentanément par les efforts de la toux, l'éternuement et même par les cris. Pendant tout effort respiratoire, une légère teinte rouge passe rapidement à travers la peau, qui est en général mince et demi-transparente à l'endroit où elle recouvre la hernie. Par une soigneuse application des doigts autour de la base de la tumeur, on sent assez facilement les bords de l'ouverture du crâne qui a livré passage à la hernie, qui sont quelquefois doux et unis; mais ils peuvent être aussi inégaux et raboteux. Dans tous les cas qui se sont offerts au docteur Adams et où l'on pouvait apprécier l'état des facultés intellectuelles, celles-ci étaient intactes.

Les caractères de cette maladie ne sont pas toujours aussi tranchés. Ainsi Lallemand rapporte un cas où la tumeur fut prise pour une loupe, et où l'on commença une opération en conséquence de cette opinion. L'encéphalocèle congénitale ne se présente pas aux fontanelles aussi souvent qu'on pourrait le croire; elle se forme plus ordinairement à travers quelque point de la région occipitale, sur la ligne médiane. Au moment de la naissance, la tumeur présente une fluctuation manifeste; chez l'adulte, le fluide a disparu, la tumeur est plus molle. L'encéphalocèle, comme le *spina bifida*, coexiste généralement avec l'hydrocéphale; mais M. Adams pense que le *spina bifida* est la plus dangereuse des deux maladies. Il n'a vu dans aucun cas la paralysie des membres supérieurs ou inférieurs. Le danger existe principalement dans la première période de la maladie, à cause de la coexistence presque constante de l'hydrocéphale, qui doit faire craindre une trop grande distension et l'ulcération du sac herniaire. La plus grande partie de la tumeur est formée par le cerveau ou le cervelet; si on l'examine aussitôt après la naissance, on la trouve molle, les circonvolutions sont ramollies, et toute la masse est infiltrée d'eau. Le sac herniaire est constitué par la dure-mère poussée au-devant du cerveau, tapissée intérieurement par l'arachnoïde et fortifiée extérieurement par le tissu qui était destiné à former le périoste interne des os du crâne.

M. Adams a vu cette tumeur traversant la portion droite de l'os frontal; il l'a vue à la racine du nez, là où il existe une lacune pendant quelques semaines entre l'apophyse nasale et l'os frontal.

M. Adams n'a aucune confiance dans le mode de traitement proposé par les auteurs, savoir: la compression. Il est, dit-il, inapplicable au début de la maladie, avec lequel coïncide si souvent l'hydrocéphale, et inutile dans la suite. Il estime davantage les ponctions fréquentes avec une aiguille fine, d'après la méthode recommandée par sir Astley Cooper pour les cas de *spina bifida*. Il pense qu'une ponction faite avec assez de soin pour laisser sortir un liquide limpide, et pour ne point admettre d'air, ne peut être une opération dangereuse. Suivant lui, on doit par-dessus tout, chercher à fortifier la peau par des applications astringentes, avec l'écorce de chêne et l'alun: mais si une sur-distension ou l'ulcération de la peau est imminente, il ne faut point hésiter à faire la ponction de la tumeur. Dans la seconde période de la maladie, la seule indication consiste à garantir la tumeur de toute violence extérieure. Le traitement interne se réduit à combattre tout désordre quelconque par les moyens appropriés. M. Adams a cité plusieurs observations que nous rapportons avec leurs détails principaux:

*Obs.* I.re — La tête de l'enfant était la plus petite qu'il eût jamais vue; le front était déprimé, et une tumeur grosse comme une orange était située à la région occipitale et dirigée en bas et en arrière. Le volume de cette tumeur était dû en grande partie à un liquide qui donnait lieu à une fluctuation évidente. L'enfant resta pendant plusieurs heures après sa naissance, dans un état de langueur et comme prêt à mourir; sa respiration était lente et imparfaite. Une petite ponction de la tumeur en fit couler une quantité considérable de sérosité limpide. Après cet écoulement, l'enfant sembla se réveiller de sa stupeur, son pouls devint perceptible il prit quelque nourriture, la piqûre se cicatrisa, mais il ne survécut que neuf jours. A la dissection, on trouva que le sac formé par la dure-mère contenait tout le cervelet et une grande partie des lobes postérieurs du cerveau. Ces organes étaient ramollis, infiltrés, et entourés de beaucoup de sérosité limpide. Le crâne était mince, mais ferme; les os du crâne se touchaient dans toute l'étendue des sutures, de sorte qu'il n'y avait aucune fontanelle. L'ouverture de l'occipital, qui avait laissé passer la hernie, était comprise entre l'apophyse cunéiforme en avant, et l'angle supérieur au-dessus et en arrière; l'os étant ainsi fendu, sur la ligne médiane, par un large hiatus ovalaire, dont le plus grand diamètre était de deux pouces, et dont le diamètre transversal était d'un pouce. Cet hiatus, dans l'état frais, était divisé en deux par une cloison membraneuse; la partie antérieure formait le trou occipital, la partie postérieure, plus grande, donnait passage à l'encéphalocèle.

*Obs.* II.e — La tête de l'enfant était de grosseur ordinaire; la tumeur, aussi grosse qu'une orange, était dirigée en arrière et pendait sur le cou. La maladie fut abandonnée à elle-même. La tumeur s'accrut lentement; une ulcération s'établit graduellement, donna issue à un liquide albumineux limpide. L'enfant dépérit et mourut dans les convulsions à la fin de la septième semaine.

*Obs.* III.e — M. Adams a donné des soins pendant plusieurs années à un garçon actuellement âgé de 20 ans. L'encéphalocèle forme une tumeur large et aplatie, qui occupe presque toute la moitié droite du front et s'étend dans la fosse temporale; il en résulte une difformité hideuse. La paroi

supérieure de l'orbite et l'arcade sourcilière sont considérablement déprimées et dirigées obliquement. L'œil est déformé et la cornée opaque. La tumeur inégale, douce au toucher, compressible, offre des battemens synchrônes avec ceux du cœur et reçoit une impulsion visible de l'éternuement et de la toux. Le col de la tumeur est large; la peau est épaisse et pâle; l'anneau osseux qui donne passage à la hernie offre un bord inégal et raboteux. L'enfant est né avec cette difformité, et n'en a jamais éprouvé aucun inconvénient, hors l'affection de l'œil indiquée tout-à-l'heure. Pendant les sept dernières années, le volume de la face a augmenté, mais le front et la hernie n'ont subi aucune espèce d'altération.

*Obs*, IV.e — A. B., âgé de 6 ans, jouissant en apparence d'une bonne santé, porte une tumeur qui offre tous les caractères de l'encéphalocèle. Elle est située un peu audessus de la protubérance occipitale; elle a le volume d'un œuf de poule; son union avec la tête est étroite; les bords de l'ouverture de l'os occipital par où elle passe, sont bien marqués. La peau qui la recouvre est inégalement mince et en quelque sorte transparente; sa surface est irrégulière et fait naître la pensée qu'elle pourrait bien contenir les lobes postérieurs du cerveau. La tête est d'ailleurs bien conformée, et les fontanelles sont fermées depuis long-temps. Le docteur Adams vit cet enfant très-peu de temps après sa naissance. La tumeur était alors aussi grosse et avait presque la même forme qu'à présent. Cependant, la peau semblait prête à se crever, et on jugea à propos d'y faire une ponction à l'aide d'une aiguille fine qui fut introduite dans l'endroit où elle était le plus saine et le plus épaisse. Une demi-once de liquide limpide fut évacuée: la poche devint flasque, mais il resta une tumeur de la grosseur d'une noix, qui forma la principale partie de la hernie. La plaie fut pansée avec soin. On fut obligé de répéter sept fois cette opération; une fois on fit usage de la lancette; l'emploi de la lancette fut suivi de fièvre et d'insomnie, ce qui n'avait point eu lieu aux autres ponctions. On essaya la compression après une des ponctions, mais elle détermina des convulsions et il fallut l'abandonner. Peu à peu la peau devint plus épaisse, la quantité de liquide diminua, on cessa de recourir à la ponction, et l'enfant est actuellement dans un état de santé très-satisfaisant.

---

## *Mémoire sur le* Xeroma conjunctivæ (*xerophthalmie*, xeros *sec*, ophthlmos, *œil*);

Par Wm. MACKENSIE,

Professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow (1).

Agnès M' Kinnon, âgée de 26 ans, entra à l'hôpital ophthalmologique de Glascow, le 26 mars 1833, dans l'état suivant: Les deux conjonctives étaient rouges et avaient évidemment souffert d'une longue inflammation: la conjonctive droite surtout était d'un rouge obscur, et, à l'endroit où elle abandonne la paupière inférieure pour passer sur le globe de l'œil, elle offrait une teinte olivâtre déterminée par l'usage fréquent du nitrate d'argent en solution. La conjonctive gauche semblait transformée en peau, ayant une couleur blanchâtre en plusieurs endroits, et en dedans de la paupière supérieure elle présentait l'apparence d'une cicatrisation véritable. Elle était dans toute son étendue plus sèche qu'à l'état normal, et semblait privée de la sécrétion muqueuse qui lui est propre. La malade disait que cet œil formait bien moins d'eau que celui du côté droit A l'extrémité nasale de la paupière du côté gauche, il y avait une tendance à la symblépharose; la conjonctive, quand la malade tournait l'œil en haut et en dehors, formait une bride qui entravait le libre mouvement de l'œil. Il y avait une légère inversion des paupières du même côté, dont plusieurs cils, dirigés vicieusement, frottaient contre la surface du globe de l'œil; plusieurs vaisseaux rouges serpentaient sur la cornée gauche. La malade avait été sujette aux ophthalmies depuis huit ans; la première fois la maladie avait affecté l'œil gauche, et avait été déterminée par un coup. Les conjonctives n'avaient jamais été scarifiées, ni touchées avec aucun caustique solide. Aucune opération n'avait été faite pour combattre l'inversion des paupières, si ce n'est l'arrachement des cils vicieux. La langue était nette; les évacuations régulières. On arracha les cils vicieusement dirigés, et on prescrivit à cette femme de baigner ses yeux trois fois par jours dans une solution tiède de dix grains de muriate d'ammoniaque et de vingt grains de gomme arabique dans huit onces d'eau.

L'histoire précédente offre un exemple d'un état particulier de la conjonctive, résultat de l'inflammation prolongée et mal traitée de cette membrane. Il a été décrit par M. Travers, sous le nom de *cuticular conjonctiva*. Il dit (1) qu'il a vu des cas où cette transformation de la conjonctive en une peau ruguense et opaque allait jusqu'à unir les paupières au globe de l'œil et à oblitérer les sinus palpébraux. Tout en considérant cette maladie comme la suite de l'inflammation chronique de la conjonctive, il la fait dépendre immédiatement de l'oblitération des conduits lacrymaux; idée qui avait été émise long-temps auparavant par Schmidt de Vienne (2), qui décrit la maladie sous le nom de *xérophthalmie*.

Nous devons la description la plus récente, et jusqu'à présent la plus complète, de cette maladie, au docteur Ammon, de Dresde, un des ophthalmologistes les plus originaux et les plus ingénieux de l'époque actuelle (3). Il avoue, toutefois, que le premier cas qu'il eut occasion d'examiner, fut signalé à son attention par le professeur Jäger, d'Erlangen, qui dans une de ses leçons cliniques, avait parlé de cette affection de l'œil sous le nom *Ueberhautung der conjunctiva*.

Les principaux symptômes du *xeroma conjunctivæ* peuvent être déduits de l'observation qui précède; les remarques suivantes du professeur Mackenzie jetteront quelque lumière sur ce sujet. Quoique, en général, la conjonctive soit d'un rouge noirâtre, et présente une surface épaisse, inégale et sombre, elle est quelquefois plus blanche et moins

(1) London med. Gazette, 13 avril 1833.

(1) Synopsis of the diseases of the eye, p. 120. -- Lond. 1820.
(2) krankeiten des thraenenorgens, p. 55. -- 1803.
(3) Zeitschrift für die ophthalmologie, vol. I.er, p. 65. -- Dresden, 1830

vasculaire qu'à l'état normal. Elle est toujours plus sèche que dans l'état de santé, et semble recouverte par la peau La caroncule paraît sèche, unie, aplatie, quelquefois plus blanche qu'à l'ordinaire, et souvent elle est à peine reconnaissable. Les points lacrymaux sont ordinairement contractés ou oblitérés; quelquefois cependant dilatés et paralysés. La cornée perd sa transparence, devient nébuleuse, des vaisseaux rouges se développent dans la portion de conjonctive qui la tapisse. Il y a ordinairement entropion très-manifeste, avec trichiasis, symblépharose incomplète, et il arrive souvent que la conjonctive tombe en plis autour de la cornée, et surtout au-dessus d'elle. La conjonctive est presque insensible au contact du doigt. Si on instille de l'eau froide ou chaude dans l'œil, il n'en résulte aucune sensation. Le malade éprouve dans l'œil un sentiment de sécheresse, ou comme si cet œil contenait du sable. S'il essaie de pleurer, les larmes ne coulent point, mais ces efforts rendent l'œil rouge et douloureux, tandis que rien de semblable ne s'opère dans l'œil sain.

Le *xeroma* est toujours précédé d'une longue inflammation de la conjonctive, et l'on peut conclure, tant de l'aspect de cette membrane que des autres symptômes, que sa texture a été altérée dans le cours de cette inflammation et qu'elle a perdu en totalité ou en partie la propriété de sécréter du mucus. L'espèce d'inflammation qui est la plus propre à déterminer cette altération de la conjonctive, est celle que le docteur Mackensie appelle *scrofulo-catarrhale;* mais elle peut succéder à toute espèce de conjonctivite chronique, scrofuleuse, catarrhale ou contagieuse. Le docteur Ammon prétend que la *granular conjunctiva*, en cédant, laisse fréquemment la conjonctive disposée au *xeroma;* mais il paraît que l'on doit chercher l'origine la plus fréquente de cette maladie dans l'ophthalmie *scrofulo-catarrhale* abandonnée à elle-même, ou traitée seulement par les stimulans, tel que le *golden ointment*, le *black ointment* et autres semblables. Au lieu de combattre l'inflammation par des applications émollientes et la saignée locale, on se sert malheureusement trop généralement des médicamens stimulans, et même des escharotiques dans des proportions telles que la texture muqueuse de la membrane est détruite; cette lésion est suivie, au bout de quelque temps, de la transformation de la conjonctive en une membrane cutaniforme. Le docteur Mackenzie a vu la membrane muqueuse de la langue en partie ainsi transformée, offrant de nombreuses taches blanches, cutanées, inaltérables. Les préparations saturnines sont probablement, dans plusieurs cas, la cause du *xeroma;* car, si la moindre excoriation existe sur la conjonctive, le plomb, précipité par l'acide muriatique qui existe dans les sécrétions muqueuses et lacrymales, se fixe à l'instant sur les endroits excoriés, les rend blancs et secs, et est très-rarement enlevé. Aussi les bons praticiens n'emploient-ils jamais l'eau de Goulard, et les autres semblables, quelque légère que soit l'affection de l'œil. Telles sont pourtant les applications favorites du vulgaire.

Le docteur Ammon, rencontrant très-souvent le *xeroma* compliqué d'entropion, en a conclu que l'opération qui consiste à enlever un pli de la peau pour guérir la dernière maladie, peut souvent déterminer la première, l'incision étant faite trop profondément, et l'inflammation qui en est la suite s'étendant aux conduits lacrymaux; mais on trouve le *xeroma* chez des sujets qui n'ont jamais subi cette opération, et chez qui il n'y a eu aucune inversion des paupières. Il est très-vrai que dans le *xeroma* les conduits lacrymaux sont quelquefois oblitérés; mais cette oblitération ne doit-elle pas être attribuée à la même inflammation chronique mal soignée, aux mêmes applications violentes, qui causent l'oblitération des pores sécréteurs de la conjonctive? Peut-on admettre que cette simple oblitération suffit pour déterminer le *xeroma* dans l'œil sain d'ailleurs?

Dans les circonstances ordinaires, c'est le mucus sécrété par la conjonctive, et non les larmes, qui entretient l'œil humide et la cornée transparente. L'humidité de l'œil et la transparence de la cornée persistent après l'extirpation de la glande lacrymale. Mais que la conjonctive, comme dans la maladie qui nous occupe, soit privée de sa faculté de sécréter, le malade ne se plaint pas seulement d'un sentiment de sécheresse dans l'œil et de mouvoir son œil avec difficulté, mais la membrane prend l'apparence de la peau qui recouvre le dos de la main, et la cornée, n'étant plus gardée contre l'influence de l'air, de la poussière et de la lumière, devient opaque.

D'après le docteur Ammon, les applications froides sont fâcheuses dans cette maladie. Il faut baigner l'œil avec un liquide tiède qui ait de l'analogie, sous le rapport des propriétés physiques et chimiques, avec le produit de la sécrétion que l'œil a perdue, et qu'on ne doit guère espérer de lui rendre. Si la conjonctive est très-rouge, la saignée locale procurera du soulagement : il ne faut point négliger la santé générale, et l'on doit donner ses soins aux diverses complications telles que le trichiasis et l'entropion.

---

## REVUE GÉNÉRALE.

### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Vice de conformation du coeur (absence de l'oreillette droite). — Une femme âgée de 25 ans fut attaquée d'une fièvre typhoïde en 1824. Le 7.e jour de la maladie, elle éprouva de violentes palpitations qui durèrent plusieurs jours, cessèrent pendant un certain temps, et revinrent par intervalles; des vomissemens pénibles existaient en même temps, et dans les progrès de la maladie, le délire, la toux, la miliaire, des douleurs goutteuses et l'œdème des pieds se manifestèrent. A bout de cinq mois, pendant lesquels elle avait été si gênée par la dyspnée et les palpitations qu'elle ne pouvait marcher que très-doucement, il survint une abondante hémoptisie. La saignée diminua la dyspnée et les palpitations; mais de temps en temps elles revenaient avec beaucoup de force. En février 1827, les règles se supprimèrent, et sa santé se détériora d'une manière remarquable. Elle mourut cinq mois après cette suppression, et trois ans et demi après sa fièvre typhoïde. Quelque temps

avant sa mort, les palpitations étaient devenues très-pénibles et étaient toujours accompagnées de vomissemens. La voix aussi était perdue.

*Autopsie.* — Le cœur était mollasse et privé de son oreillette droite; à la place de celle-ci était un canal veineux, long d'un pouce, et large d'un pouce et demi, qui s'étendait du cœur à la jonction des deux veines caves; la seule trace du sinus veineux était une petite portion de la cloison, mais il y avait un vestige plus considérable de l'appendice auriculaire; son volume égalait celui d'un gros pois. Dans l'endroit où le canal veineux s'unissait au cœur, un sillon circulaire marquait la place de la valvule tricuspide; l'ouverture était cependant si large, que le canal et la portion supérieure du ventricule droit ne formaient qu'une seule et même cavité; la portion inférieure de ce ventricule était séparée de la supérieure par des colonnes charnues transversales qui divisaient ce ventricule en deux cavités; l'artère pulmonaire était très-élargie; le côté gauche du cœur avait de petites dimensions, mais sa structure était normale; les poumons étaient farcis de tubercules (*Journal de Hufeland*, juillet 1831).

Imperforation du vagin. — Opération fatale. — Absence d'utérus. — *Par le docteur Macfarlane.* — Madame C.***, âgée de 28 ans, consulta le docteur Macfarlane, le 4 février 1823. Elle était grande et bien conformée, mais pâle et maladive. Elle était sujette à de fréquentes épistaxis et à des vertiges depuis l'âge de 16 ans : elle n'avait jamais été menstruée; elle était mariée depuis un an, et se plaignait d'une obstruction du vagin qui l'inquiétait. En examinant la vulve, on trouva que l'orifice vaginal était fermé complètement par une substance épaisse, ferme, comme musculaire, continue avec le bord interne des grandes lèvres, et adhérente au pubis, au-dessous et autour de l'urètre, de manière à ne pas laisser la plus légère trace d'ouverture. Cette substance n'avait ni le toucher, ni l'apparence d'une membrane; sa surface était granulée; et en écartant largement les grandes lèvres, on y voyait des bandes de fibres en apparence musculaires. Le petit doigt pouvait, en poussant cet obstacle devant lui, entrer d'un demi-pouce environ dans le vagin qui était excessivement petit et contracté. Les parties externes étaient bien conformées, et l'orifice de l'urètre était naturel, mais le clitoris était petit outre-mesure. Il n'y avait aucune tuméfaction dans l'hypogastre; la vessie et le rectum étaient libres de toute obstruction, les mamelles étaient bien développées et les désirs vénériens ne manquaient pas. Pour satisfaire aux vifs désirs de cette dame, le docteur Macfarlane procéda à l'opération le jour même. Elle fut placée comme pour la lithotomie; alors l'opérateur fit une incision d'un pouce et demi de long, dans une direction perpendiculaire, au milieu de cette cloison charnue. Un bistouri aigu et étroit fut poussé à plus d'un pouce dans le vagin, la pointe en bas et le dos tourné du côté du pubis, pour éviter de blesser l'urètre. Il jugea que ce procédé pouvait être dangereux, à cause de la grande épaisseur de la cloison et de l'indécision où il était sur la disposition des parties. Il essaya donc d'introduire une sonde, mais ne put y parvenir; c'est pourquoi, à l'aide de pinces et de ciseaux, il enleva plusieurs couches de la substance obturatrice. En introduisant une sonde dans l'urètre pour servir de guide, et en introduisant le doigt de temps et temps dans le rectum, il parvint à se frayer un chemin jusqu'à deux pouces de profondeur. Il y avait là encore un obstacle au-delà duquel on croyait reconnaître l'existence d'une cavité. On passa des ciseaux à dissection à travers cet obstacle, et le reste de l'obstruction fut divisé, en introduisant une sonde cannelée dans l'ouverture ainsi faite, en procédant d'arrière en avant. Le doigt put alors pénétrer dans le fond du vagin, qui semblait lubréfié par du mucus, mais on ne peut pas découvrir d'utérus. On plaça un petit morceau d'éponge fine, à travers laquelle on avait passé un fil dans le vagin; quelques tentes de charpie furent déposées entre les bords de la plaie.

La malade ne put se décider à garder la chambre après l'opération. Le 8, elle s'exposa à la neige; le soir, elle s'enivra et commit d'autres inconséquences. Il se déclara une péritonite qui brava tous les moyens thérapeutiques, et la malade mourut huit ou dix jours après l'opération.

*Autopsie.* — On trouva des traces de péritonite. Les ovaires étaient bien conformés et d'une bonne grosseur. Les trompes de Fallope étaient longues d'un pouce et quart; leur extrémité ovarienne était normale. Il n'y avait point d'utérus; à sa place, il y avait une masse de tissu cellulaire condensé, de la grosseur d'une aveline, située à plus d'un pouce des extrémités utérines des trompes, et attachée lâchement au péritoine. En introduisant le doigt dans le vagin, on s'assurait que la cavité qui existait à son extrémité supérieure était formée par le péritoine entre lequel et la partie la plus élevée de l'obstruction, il y avait un espace libre, capable de contenir un petit limon. Le vagin, fendu longitudinalement, offrit une couleur grisâtre. L'urètre, la vessie, le rectum et le péritoine avaient leur disposition normale.

Dans ce cas, l'obstruction étaient évidemment congénitale, et différait pour la situation et l'apparence des imperforations vaginales qui sont le résultat d'ulcérations négligées. Cette dernière imperforation peut exister chez les enfans et les adultes; elle est rarement bornée au vagin et plus généralement s'étend aux parties internes, telles que les petites et les grandes lèvres. Le docteur Macfarlane a vu un cas de cette nature très-étendu chez une détenue, en 1817. Après une longue gonorrhée et le défaut le plus complet de propreté, la muqueuse des grandes lèvres et de la marge de l'anus s'était ulcérée, et réunie de manière à ne laisser que deux ouvertures pour la sortie de l'urine et des matières fécales. Une incision rétablit les parties dans leur état normal.

On a dit que, quand l'utérus manque ou est très-petit, les parties externes de la génération ne sont qu'imparfaitement développées, et le vagin est très-court ou entièrement oblitéré. Dans le cas de Madame C..., toutes les parties externes étaient bien conformées et complètes, les mamelles étaient pleinement développées et pourtant il n'y avait point de matrice. Cette circonstance, toutefois, est facile à expliquer par l'existence des ovaires. Ces organes sont liés plus intimement que l'utérus avec le développement des parties externes de la femme; quand ils manquent, il est rare qu'on trouve les signes de la puberté, si jamais on les a trouvés (*Medico-chir. Review*, avril 1833).

Sécrétion et usages de la bile; *par B. Philipps.* — Le docteur B. Philipps a lu dernièrement, à la Société royale

de Londres un mémoire où il cherche à établir les trois propositions suivantes :

1.° Les principes de la bile préexistent dans le sang, et la fonction du foie est de séparer de ce liquide une certaine proportion de ces matériaux.

2.° La bile peut être secrétée, aussi bien du sang artériel que du sang veineux.

3.° La présence de la bile n'est pas nécessaire à la formation du chyle.

Pour soutenir la première proposition, l'auteur invoque l'analogie qui existe entre cette sécrétion et les autres dont la suppression est suivie de la présence, dans le sang, du produit animal particulier qui caractérise la secrétion supprimée, comme il a été prouvé, pour l'urine, par Prévost et Dumas, Vauquelin, Sérullas et Magendie. L'auteur a confirmé les conclusions auxquelles ces auteurs sont arrivés, par quelques expériences qui lui sont propres, et dans lesquelles, au lieu d'extirper les reins, ils s'est contenté de lier les vaisseaux veineux. Il rapporte deux cas dans lesquels la veine porte et l'artère hépatique furent liées, et où l'on trouva de la bile dans l'urine et dans le sang.

L'auteur, après avoir cité plusieurs autorités en faveur de sa seconde proposition, c'est-à-dire que le foie peut secréter la bile, quoique la veine porte soit oblitérée, rapporte deux expériences qu'il a faites sur des chiens; il lia la veine porte avant l'endroit où elle arrive à la fissure transverse du foie : dans les deux cas, cet organe continua à secréter de la bile, quoiqu'en petite quantité. Dans un autre chien, la ligature de l'artère hépatique produisit une péritonite mortelle, mais ne détermina aucun changement apparent dans la sécrétion biliaire.

Les argumens employés par l'auteur, en faveur de son opinion, que le chyle peut être formé, quand il n'y a aucune trace de bile dans les intestins, sont tirés des faits rapportés par divers auteurs, dans lesquels le conduit cholédoque était oblitéré, par suite de la pression exercée par des tumeurs voisines. A l'appui de cette induction, il rapporte les expériences qu'il a faites sur quatre chiens; après avoir lié le conduit cholédoque près du duodénum, il trouva du chyle dans le canal thoracique.

L'auteur conclut de tous ces faits que la sécrétion de la bile a un autre but que celui de servir à la formation du chyle. (*Lond. med. Gazette*, 13 avril 1833.)

## *Pathologie.*

Anévrysme par anastomose de l'artère temporale; *obs. recueillie à l'hôpital de clinique chirurgicale et d'ophthalmologie de Berlin.* (*London med. and phys. journ.*, avril 1833.) — Cette espèce d'anévrysme n'a pas été, jusqu'ici, examinée avec assez de soin par la plupart des pathologistes, quoiqu'elle ne soit pas extrêmement rare. Elle se présente surtout là où une artère se divise en un grand nombre de branches dans un court espace. L'auteur de l'observation, qui ne se nomme point, l'a observée le plus souvent dans les divisions des artères occipitale et temporale. Dans tous les cas, la maladie s'était présentée chez des sujets très-jeunes, ce qui a fait penser à quelques auteurs qu'elle est le résultat d'un vice de conformation primitive. Au début, la maladie est caractérisée par plusieurs petites tumeurs situées les unes auprès des autres, douées de battemens très-forts, et qui, si on les examine avec soin, correspondent manifestement au trajet des branches d'une artère. Quand la maladie fait des progrès, elle change de forme. Il s'élève, sur les points où les pulsations sont les plus fortes, des espèces de nodosités, plus ou moins rapprochées les unes des autres, qui forment, suivant leur degré d'extension, des tumeurs de grosseur et de forme variées, jusqu'à ce que, par un plus grand développement, elles constituent à la longue une tumeur en forme de grappe ou de peloton (*clusterlike*).

Ces anévrysmes s'accompagnent de graves inconvéniens et de danger, si on les laisse se développer indéfiniment. Quant aux moyens curatifs, l'auteur de l'observation a éprouvé depuis plusieurs années, que la ligature du tronc principal des artères affectées est souvent insuffisante, surtout quand la maladie a son siége dans les branches de la temporale ou de l'occipitale, à cause des nombreuses anatomoses qui font communiquer les artères frontales entre elles et avec les mêmes artères du côté opposé, et qui font que la tumeur anévrysmale a promptement recouvré tout le sang dont on la prive par la ligature d'un de ses troncs artériels.

Une autre circonstance s'oppose encore au succès de la ligature de l'artère principale, c'est que ces tumeurs ont acquis parfois un tel degré d'existence propre (*selbstandiges lebens*), que l'inflammation adhésive qui suit l'opération ne suffit pas pour déterminer leur oblitération. On ne peut espérer un résultat certain de la ligature que quand on l'applique non-seulement au tronc principal, mais encore à toutes les artères qui fournissent du sang à la tumeur; mais cette opération serait extrêmement pénible et pourrait être dangereuse par l'inflammation qu'elle déterminerait à la tête.

L'auteur remplace la ligature par une autre méthode, qui est applicable toutes les fois qu'on peut exercer une pression immédiate sur une surface étendue, et qui a toujours réussi entre ses mains. Elle consiste à faire une profonde incision d'une longueur convenable au milieu de la tumeur anévrysmale, surtout dans l'endroit où les nodosités battent le plus fortement, sont le plus nombreuses et proéminentes, et dans une direction telle qu'on incise d'un seul coup le plus grand nombre possible de ces petites tumeurs. On doit à l'instant même arrêter l'hémorrhagie violente qui se manifeste, de la manière décrite ci-dessous. Les deux temps de cette opération sont beaucoup moins douloureux que la ligature d'une ou plusieurs artères, qui exige une si minutieuse dissection. Cette opération est d'autant plus certaine dans ses résultats, qu'elle est faite sur la partie affectée, et qu'elle détermine une inflammation adhésive beaucoup plus parfaite. Toute opération secondaire est inutile, et, dans les cas ordinaires, la guérison est effectuée dans le court espace de quelques semaines.

L'observation suivante, qui a donné lieu aux considérations qu'on vient de lire, a eu pour témoins Von-Walther et plusieurs autres médecins étrangers.

Un garçon, âgé de 10 ans, d'une constitution scrofuleuse, éprouvait depuis quatre ans, et probablement depuis sa naissance, des battemens très-douloureux dans la région temporale droite. Il y avait en cet endroit une tumeur élastique

et très-inégale, proéminente, de plus d'un pouce, ferme à la circonférence; la seule nodosité qui eût de fortes pulsations les perdait par une ferme pression, qui causait de la douleur, mais au moyen de laquelle on sentait très-bien les os, et l'on rendait aux parties leur état normal. Le sommet de la tumeur occupait le milieu du pariétal; de là, elle s'étendait dans tous les sens, formant un cercle dont le diamètre était au moins de quatre pouces.

Cette tumeur faisait paraître la moitié droite de la tête plus grosse que la gauche. Quand les cheveux furent rasés, le patient fixé, et l'appareil pour arrêter l'hémorrhagie prêt, on fit une incision sur la tumeur d'avant en arrière dans une étendue de trois pouces; cette incision divisait le plus grand nombre et les plus grosses des nodosités. Beaucoup de sang artériel s'écoula; mais aussitôt on appliqua une éponge douce qui s'étendait au-delà des bords de la tumeur, et sur laquelle on exerça une forte pression; cette pression fut maintenue avec vigueur pendant quelques secondes, de telle sorte que les lèvres de la plaie et les parties contiguës étaient vides de sang autant que possible. Tandis que l'opérateur avait une main occupé à exercer cette pression, il saisit de l'autre main une compresse assez large, écarta l'éponge, appliqua subitement la compresse, avant que l'hémorrhagie ait pu reparaître, entre les lèvres de l'incision, et ensuite couvrit toute la tumeur avec une éponge plus large qu'elle, d'un pouce environ d'épaisseur, qui fut maintenue solidement par des bandelettes agglutinatives et un bandage. Après quelques heures, on diminua la pression qui avait été nécessaire d'abord, en défaisant quelques tours de bande.

Le second jour, on remplaça l'éponge par des compresses, pour éviter les douleurs et l'inflammation qui auraient pu être déterminées par une compression immodérée. Un léger traitement antiphlogistique fut nécessaire pour combattre la douleur et la fièvre qui suivirent l'opération. Le 7.e jour, les compresses furent séparées par une suppuration abondante, et la plaie fut bientôt guérie, ses bords étant affrontés à l'aide d'agglutinatifs. Il n'y eut point d'hémorrhagie secondaire. Il ne resta pas la plus légère trace de pulsations à la circonférence de la tumeur, et la douleur et la tuméfaction disparurent entièrement.

Fracture de l'os hyoïde; lésion des nerfs; mort. — Une femme âgée fut apportée à l'hôpital *des Sœurs*, dans le duché de Posen: elle était prise d'attaques de suffocation; son visage était bleu; ses extrémités étaient froides. Elle ne pouvait ni avaler, ni parler; cependant elle avait toute sa connaissance. Elle mourut au bout de vingt-quatre heures. Tout ce qu'on put apprendre sur son compte, fut qu'elle avait été jetée contre un mur par un chariot qui avait versé sur elle. Il y avait une fracture de la mâchoire inférieure, du côté gauche, et un peu de contusion au cou; on ne put pas découvrir d'autres lésions extérieures. A la dissection, on trouva que la corne gauche de l'os hyoïde était fracturée, et que les nerfs du larynx semblaient avoir participé à la contusion. Aucune autre lésion ne fut trouvée à laquelle on pût attribuer la mort. (*Medicinische Zeitung.*)

Evacuation graisseuse des intestins; *Obs. par Richard D. Eastcott.* — Une femme, âgé de 48 ans, fut admise à l'hopital de St.-Pancras, le 5 février 1833. Elle était malade depuis long-temps, et semblait alors souffrir d'une affection organique du foie de vieille date. Cette femme a été très-adonnée aux liqueurs spiritueuses, et très-irrégulière dans ses mœurs. Son teint était verdâtre; elle était maigre, se plaignait de beaucoup de douleur dans le côté droit et l'épigastre; elle était sujette à de vives souffrances qui se manifestaient par intervalles dans les intestins; mais le symptôme le plus remarquable, c'est qu'avec ses selles, qui étaient de mauvais caractère et ne portaient aucun signe de la présence de la bile, elle rendait une matière semblable au suif, ou au sperma-ceti, ou à un mélange de ces deux substances, qui, dans le vase où elle était reçue, flottait en grande quantité à la surface de l'urine. Cette femme fut traitée par les sangsues, les vésicatoires, et soutenue par une alimentation légère. Elle mourut le 17 février.

*Autopsie.* Le 19 février. — Les poumons étaient sains, mais il y avait un épanchement de sérosité dans les cavités pleurétiques, environ trois pintes en tout. La foie était ramolli, un peu développé, d'une couleur jaune pâle, offrant de nombreuses pétéchies à sa surface. La vésicule était transparente, n'offrait pas la plus légère tache de bile, et ressemblait à un intestin mince et bien lavé; elle contenait environ deux onces d'un liquide qui avait plutôt l'apparence d'urine bilieuse que de bile. Le colon était contracté comme une corde; on ne trouva aucune trace d'inflammation dans toute l'étendue de la membrane muqueuse, qui était très-pâle. Les matières contenues dans les intestins, excepté vers le rectum où elles avaient quelque apparence de matières fécales, n'étaient qu'une sécrétion blanchâtre analogue au *blanc-manger*, et quelquefois à une épaisse décoction de riz. On ne trouva rien qui ressemblât à la matière graisseuse qui avait été rendue par l'anus. Une ancienne adhérence unissait l'épiploon à la vésicule du fiel. Le pancréas était induré, altéré dans sa structure, et le canal pancréatique, qui était dilaté, contenait une grande quantité de concrétions crayeuses aussi dures que l'os; les unes étaient de la grosseur d'un pois, les autres plus grosses; elles ressemblaient, pour l'inégalité de leur surface, aux calculs muraux de la vessie. Les muscles étaient amincis et pâles; la substance cellulaire, particulièrement autour de l'abdomen, était infiltrée, et environ une chopine de sérosité était contenue dans la cavité abdominale. (*London med. Gazette*, 13 avril 1833.)

## *Thérapeutique.*

Ligature de l'artère carotide, pour combattre une hémorrhagie de l'oreille et de l'arrière-bouche; *Obs. par le docteur Cheyne de Leith.* — William Mason, enfant délicat de 9 ans, se plaignait, vers la fin d'août 1832, de douleur dans l'arrière-bouche, du côté gauche; elle disparut en deux jours. Environ une semaine après, le 29 août, il fut pris de douleur dans le côté droit du gosier, accompagnée de fièvre violente. La fièvre céda au bout d'un jour ou deux, mais il resta une tuméfaction douloureuse, visible à l'extérieur, entre la partie supérieure du larynx et le muscle mastoïdien. Elle s'accrut peu-à-peu, s'étendant vers la mâchoire, et enfin jusqu'au conduit auriculaire externe. Vers le soir du 8 septembre, il se fit, par ce canal, un écoulement de pus qui dura jusqu'au soir du jour suivant.

Les dernières portions de l'écoulement étaient teintes de sang. Peu de temps après que cet écoulement eût cessé, il se fit, par la même voie, une hémorrhagie qui coula avec abondance pendant un temps très-court et s'arrêta spontanément; quelques onces de sang furent perdues. On appliqua une compresse et un bandage; la tumeur avait disparu entièrement. Le 13, nouvelle hémorrhagie. On introduisit une éponge qui fut maintenue par un bandage. Depuis le 9, époque de la première hémorrhagie, une tumeur sans pulsations se forma entre l'angle de la mâchoire, l'apophyse mastoïde et le conduit auditif externe. Le 16, elle avait pris un grand accroissement; elle s'étendait en bas jusqu'au larynx. En examinant la bouche, on aperçoit une tuméfaction semblable à celle qui serait le résultat d'une amygdale gonflée, poussant en avant le voile du palais et s'insinuant entre la mâchoire et la membrane muqueuse de la bouche; elle était pâle, molle et élastique. Elle était accompagnée des symptômes suivans : respiration et déglutition considérablement gênées; articulation des mots imparfaite; issue fréquente de mucosités du gosier; difficulté à fermer les mâchoires; décubitus dorsal pénible; visage altéré; yeux larmoyans; le pouls de l'artère temporale était très-sensible. Le 18, dans la soirée, écoulement soudain de la bouche de deux ou trois onces de sang vermeil. Un jour ou deux auparavant, les mucosités étaient teintes de sang. Le docteur Combe, craignant de voir l'hémorrhagie devenir fatale, soit par sa quantité, soit par la proximité de la trachée, en causant la suffocation, se décida à lier l'artère carotide primitive, et en fit la proposition aux parens, qui refusèrent d'abord. Quoi qu'il en soit, cette opération fut faite plus tard, par le docteur Syme, à côté du larynx. L'auteur aurait dû indiquer succinctement les moyens thérapeutiques mis en usage avant de recourir à une opération aussi grave. La ligature de l'artère fut suivie immédiatement d'une amélioration qui s'accrut jusqu'au 1er octobre. L'opération n'entraîna pas plus d'inconvéniens qu'une simple plaie de ces parties. La tumeur externe diminua rapidement de volume et disparut; il restait encore une légère tuméfaction en dedans à l'endroit où l'amygdale est située. L'artère temporale ne donna plus de battemens. Depuis le premier écoulement de sang de l'oreille, il s'y est toujours fait un écoulement clair et sanguinolent peu abondant. Le soir du 1er octobre, lorsque le malade lisait à haute voix, il se fit une abondante hémorrhagie de l'arrière-bouche et de l'oreille en même temps. Elle s'arrêta d'elle-même. Dix onces de sang environ s'écoulèrent. En examinant la bouche, on trouva quelques caillots sanguins adhérens à l'amygdale droite. L'enfant était sorti imprudemment dans la matinée et avait couru sans précautions. Le 2, une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule s'était formée depuis la veille au soir, entre l'angle de la mâchoire, l'apophyse mastoïde et le conduit auditif; celle de la bouche n'avait pas augmenté. Le 6, la tumeur extérieure avait un peu diminué. L'écoulement de l'oreille avait cessé depuis le 1er. Dans la soirée, une nouvelle hémorrhagie eut lieu de l'arrière-bouche et des narines, mais sans doute ayant une origine unique, l'arrière-bouche à droite. Elle ne cessa qu'après l'écoulement de vingt onces de sang. Aussitôt après, l'enfant eut une syncope. Au bout de deux heures, il revint à lui et s'endormit avec le pouls à 120. Le 8, hémorrhagie du même endroit de 18 onces, suivie d'une syncope et d'un pouls très-faible. Après le 8, il n'y eut plus d'hémorrhagie; la tumeur diminua, et l'enfant se remit peu à peu. Pendant quelque temps, l'amygdale droite fut d'une couleur sombre. Actuellement l'enfant se porte aussi bien qu'avant le commencement de sa maladie. D'après la manière dont cette histoire est racontée, il semblerait que la maladie a été abandonnée à elle-même, sauf l'opération indiquée, et dont on ne voit pas nettement l'utilité dans ce cas curieux. (*Ed. M. And. S. Journal*, avril 1833.)

Ablation de tumeurs fibreuse du col de l'utérus; *obs. par le docteur Laracine.* — « La malade était âgée de 34 ans, d'une petite stature et maigre; elle avait eu huit enfans qui tous, à l'exception du dernier, sont morts dans la première année de leur âge, et la plupart dans la première quinzaine. Elle eut plusieurs affections vénériennes, entre autres une, il y cinq ans, affectant surtout le voile du palais et la luette, qui ne furent guéries que par la cautérisation et les astringens. Dans le mois d'octobre 1827, elle vint me consulter pour un écoulement muqueux, sanguinolent et abondant qu'elle éprouvait par la vulve. Elle avait en même temps un peu de gêne et de sensibilité dans le bas-ventre et dans le bassin. Je conseillai les bains entiers, les injections et boissons émollientes, le régime antiphlogistique. Ce traitement n'amenant aucune amélioration, et la teinte sanguine ainsi que la sensibilité de l'hypogastre paraissant augmentées, je la déterminai à se laisser toucher pour connaître l'état physique de l'utérus. Je rencontrai, sur la lèvre antérieure du col de cet organe, une tumeur arrondie occupant la moitié de cette lèvre du côté gauche, et y étant implantée de manière à faire corps avec elle. Sa base présentait une surface d'environ quinze lignes transversalement, et de huit à dix d'avant en arrière. Son volume était celui d'une grosse noix alongée et un peu aplatie; sa surface rugueuse, sa consistance dure et comme fibreuse. La pression en faisait exhaler des mucosités abondantes et sanguinolentes. Je déclarai à la malade qu'elle ne pourrait s'en débarrasser que par une opération (l'ablation ou la ligature), et je lui conseillai de consulter un confrère expert dans ces sortes d'affections.

» Un professeur, aussi distingué par son savoir que par sa dextérité, déclara que l'amputation était le moyen le plus convenable, et, le 3 décembre de la même année, il l'en débarrassa de la manière suivante: la malade fut placée transversalement sur son lit, le siége reposant sur le bord de celui-ci, les cuisses écartées, les jambes ployées et tenues par deux aides. L'opérateur, assis devant la malade, porta l'indicateur gauche dans le vagin; il dirigea une pince à airine double le long de ce doigt jusqu'à la tumeur, qu'il saisit avec cette même pince; tirant ensuite sur les anneaux, il amena la tumeur hors de la vulve, de manière qu'elle se trouva complètement à nu. Il me chargea de la maintenir en cette position; et avec un bistouri boutonné, il en opéra l'ablation en coupant sur le tissu du col sur lequel elle était implantée. L'opération fut faite très-promptement. La matrice débarrassée regagna promptement sa place, et la plaie ne donna lieu d'abord qu'à une très-légère effusion de sang. L'opérée déclara n'avoir souffert qu'au moment où les trac-

tions furent faites sur la matrice pour la tirer au-dehors. Elle fut mise dans son lit en lui recommandant le repos le plus absolu et la diète. Comme elle perdait peu de sang on ne prit aucune précaution contre l'hémorrhagie.

» La tumeur incisée présenta la consistance d'un tissu fibreux, compact, sans développement de vaisseaux, soit dans son intérieur, soit à sa base.

» Environ trois heures après l'opération, on vint me chercher en toute hâte, parce que l'opérée perdait beaucoup de sang. Je la trouvai très-affaiblie, et ayant éprouvé plusieurs fois des défaillances : des compresses trempées d'oxycrat froid, placées sur le ventre, des injections pareilles dans le vagin, firent aussitôt cesser l'hémorrhagie, qui ne reparut pas. Il n'y eut ni fièvre, ni douleur; la malade fut en état de se tenir levée au bout de huit jours, et de sortir dans moins de quinze.

» Elle jouit d'une assez bonne santé depuis cette époque jusqu'au commencement de juin 1829, que, se trouvant sortie, elle éprouva tout-à-coup une violente douleur dans l'hypogastre, et en même temps une perte de sang assez abondante. Elle fut reconduite chez elle, où je la vis peu de temps après; elle souffrait moins, mais elle perdait toujours du sang en assez grande quantité. Le toucher me parut présenter les caractères d'une fausse-couche imminente. Cependant, le repos, les calmans, les adoucissans et la diète, firent cesser les douleurs et la perte de sang, et la fausse-couche ne se fit pas. La malade resta dans un état de sensibilité utérine qui fit craindre une métrite pendant plus de quatre mois. Au bout de ce temps, elle sentit des mouvemens qui ne lui laissèrent plus de doute sur l'existence d'une grossesse. Elle accoucha heureusement, le 26 février dernier. Il n'y avait alors rien d'extraordinaire au col utérin, qui se développa librement, comme dans l'accouchement le plus naturel. Sa couche fut heureuse, et elle fut complétement rétablie vers le dixième jour.

» Environ trois semaines après son accouchement, elle se plaignit de sentir quelque gêne dans le vagin; le toucher me fit sentir le développement de plusieurs tumeurs occupant la lèvre postérieure du col de la matrice, la commissure droite des lèvres de ce col, et la partie de la lèvre antérieure qui n'avait pas été occupée par la tumeur dont j'ai parlé précédemment. Ces trois tumeurs, séparées par un enfoncement bien marqué, se présentait sous la forme de grosses sangsues gorgées de sang et bien dures. Elles paraissaient développées sur le bord libre des lèvres utérines, et recouvertes par la membrane qui tapisse celles-ci. En portant le doigt un peu plus loin, on sentait le reste de la lèvre sou le, mou et dans l'état naturel. Celle qui occupait la commissure des lèvres paraissait moins isolée et semblait s'étendre plus près du corps de l'utérus. Je ne pus dissimuler à la malade son état, puisqu'elle avait senti elle-même ces tumeurs en se touchant. Je la tranquillisai sur les suites, et je l'invitai à patienter pour laisser passer complètement le temps de ses couches avant d'aviser aux moyens de l'en débarrasser. Ces tumeurs ne firent qu'augmenter rapidement, et bientôt elles donnèrent lieu à des pertes de sang presque continuelles, et parfois assez abondantes.

» Environ six semaines après son accouchement, je l'engageai à prendre les avis du chirurgien qui l'avait débarrassée de la première tumeur. Il conseilla d'attendre. Enfin, la continuité de la perte de sang, l'augmentation des tumeurs et l'affaiblissement de la malade, firent décider l'ablation, qui fut pratiquée, le 22 mai 1830, de la manière suivante : toutes choses étant disposées comme dans la précédente opération, l'opérateur chercha à saisir le col utérin pour l'amener à la vulve. Après quelques tentatives assez longues, il crut l'avoir saisi; mais, lorsqu'il tira à lui, la pince échappa. Il chercha alors à saisir plus fortement en introduisant une airigne double vers la commissure droite des lèvres, et en saisissant le reste avec la pince à airigne double. Il tira sur l'une et sur l'autre; mais, soit que l'engagement fût incertain, soit que le tissu sur lequel les instrumens attractifs étaient implantés ne fût pas assez solide, il craignit d'échapper de nouveau et il cessa ses tractions, se contentant de contenir l'organe un peu abaissé pour qu'il ne reculât pas sous l'instrument tranchant. Puis il glissa, le long de l'index gauche, un scalpel au moyen duquel il fit une incision sur le corps de la matrice, derrière le col de celle-ci. Il retira cet instrument pour y substituer un long bistouri boutonné, courbé sur son plat, et ne coupant que sur une petite étendue. Il coupa ainsi tout le col de la matrice, de manière cependant que la section se fit aux dépens du corps de cet organe. Il prit ensuite un autre bistouri boutonné, courbé en sens inverse, et il fit avec ce dernier la section de la partie postérieure du col. Il amena bientôt celui-ci au-dehors, sans avoir emporté la petite tumeur qui était à la commissure droite, qu'il amputa en dernier lieu, mais incomplètement. La première partie enlevée offrait les tumeurs situées sur les lèvres antérieure et postérieure, le col tout entier et une partie du corps de la matrice. La deuxième n'était qu'un morceau de tumeur fibreuse. Ces tumeurs, un peu moins dures que celle qui avait été extirpée trois ans auparavant, étaient pourtant de même structure; elles étaient plus étendues, un peu moins saillantes, et elles paraissaient tenir au bord libre des lèvres du col par une espèce de continuité de contexture, sans être cependant d'un tissu homogène. Celle de la lèvre postérieure présentait environ deux pouces et demi de long, celle de la lèvre antérieure, n'occupant que la moitié de cette lèvre, n'avait guère qu'un pouce de long; celle de la commissure, un peu plus d'un demi-pouce. Leur épaisseur et leur saillie étaient d'environ huit à neuf lignes. Le tissu propre des lèvres et celui du col interne de l'utérus étaient parfaitement sains; il n'y avait pas d'ulcération sur les parties enlevées; l'hémorrhagie qui avait précédé ne paraissait avoir été qu'une exsudation semblable à celle qui se fait dans les membranes muqueuses dans l'état sain. Enfin, la moitié gauche de la lèvre antérieure présentait la cicatrice de la tumeur enlevée trois ans auparavant. Cette cicatrice et ses attenances étaient parfaitement saines. L'opération dura près d'une demi-heure, pendant lequel temps l'opérée ne cessa de proférer des cris aigus, et de donner des signes de la plus vive douleur, contraste bien frappant entre cette opération et la précédente, où la malade ne témoigna aucune douleur pendant que l'ablation se fit. L'opération terminée, le vagin fut tamponné avec des bourdonnets de charpie, maintenus par un bandage approprié, placé sur la vulve, afin de prévenir l'hémorrhagie, qui, quoique légère, pouvait devenir plus considérable.

A peine l'opérée fut-elle remise dans son lit qu'elle commença à éprouver une soif vive ; elle ne cessait de demander à boire, et bientôt elle commença à vomir chaque boisson qu'elle prenait, après les avoir gardées un peu de temps. on chercha d'abord à calmer sa soif avec l'eau sucrée froide, à laquelle on ajoutait un peu d'eau de fleurs d'oranger. On fit ensuite une infusion de fleurs adoucissantes et antispasmodiques ; tout fut également vomi. L'eau à la glace, avec et sans sucre, fut gardée beaucoup plus long-temps ; mais elle ne put pas arrêter complètement le vomissement. Celui-ci résista aussi au bain entier, aux narcotiques, à la potion de Rivière, etc. ; il ne cessa que quelques heures avant la mort. Après l'opération, le pouls devint très-accéléré ; mais il resta souple et peu développé. La malade accusait une douleur assez forte lorsqu'on touchait l'hypogastre ; elle n'en souffrait pas lorsqu'on cessait la pression. L'abdomen resta constamment souple, et aussi peu développé que dans l'état naturel. Il y avait peu de douleur à l'épigastre : mais elle se plaignit presque toujours d'un point douloureux à l'hypocondre droit. Il n'y eut jamais de signe de gastrite, ni de péritonite, ni même de métrite bien prononcée. Il y eut même quelquefois désir de prendre des alimens. Le tampon fut ôté le lendemain ; il était fortement imprégné de sang ; le caillot qui le surmontait était peu considérable. Sur la fin du quatrième jour, la malade parut s'affaiblir de plus en plus ; les extrémités devinrent froides ; le malaise parut augmenter à mesure que les vomissemens diminuaient. Enfin, le cinquième jour, à onze heures du matin, elle s'éteignit sans agonie.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après, offrit les phénomènes suivans : en pressant sur l'abdomen, on faisait exhaler par le vagin des gaz très-fétides, et donnant la même odeur que ceux qui s'exhalèrent de l'ouverture du péritoine. L'abdomen était très-ballonné, mais il ne l'était devenu que peu de temps avant la mort. Le ballonnement appartenait tout entier aux intestins, qui étaient très-distendus par des gaz. Leur surface externe présentait çà et là quelques petites taches rouges injectées, sans ulcération ; leur face interne parut saine. L'intérieur de l'estomac présentait quelques injections légères vers ses orifices, surtout vers le cardia ; le reste était sain. Le péritoine nous parut sain, excepté vers l'endroit qui correspond à la vésicule biliaire, qui était noir dans une étendue d'environ deux pouces de diamètre, mais sans ulcération et sans être devenu plus lacérable. Il en était de même des endroits voisins de la matrice. La vessie, les reins, la rate, le foie et le pancréas ne nous offrirent rien de remarquable. L'ovaire droit était du volume d'une grosse noix aplatie ; il contenait dans son intérieur un liquide laiteux, puriforme. Le gauche était aussi un peu tuméfié. La partie du gros intestin qui traverse le bord supérieur du bassin et qui est voisine du fond de la matrice, était noire à l'extérieur ; le péritoine et le tissu cellulaire qui l'environnaient paraissaient sphacélés. L'intérieur de l'intestin était sain. Il en était de même du rectum, qui était baigné d'un liquide séreux et puriforme assez abondant qu'on trouva dans le bassin. En écartant les grandes lèvres, on voyait la face interne du vagin noire et sphacélée ; la partie qui correspond au canal de l'urètre paraissait plus noire que le reste, et endommagée par l'instrument tranchant sans être pourtant percée. La matrice fut enlevée avec ses annexes pour être visitée. L'opération paraissait avoir fait ablation du col entier et d'une partie du corps, surtout du côté gauche. La plaie offrait une étendue d'environ deux pouces transversalement. Cependant, la petite tumeur que j'ai dit être située à la commissure droite des lèvres, n'était emportée qu'en partie. La plaie était noire et comme sphacélée. Elle était raboteuse et inégale, comme si elle eût été faite avec une scie. Le corps de l'utérus n'était point augmenté de volume ; sa membrane interne était rouge et injectée. La sortie des gaz fétides par le vagin, quand on comprimait l'abdomen, fait croire que ce canal avait été percé. Nous ne pûmes nous assurer au juste de l'étendue de la lésion qu'il pouvait avoir éprouvée. »

M. Lacaine examine ensuite la convenance des deux opérations et celle des procédés suivis par l'opérateur ; il pense qu'elles étaient indiquées par les accidens que causaient les excroissances, par la crainte de la dégénérescence cancéreuse. Mais le procédé opératoire employé en dernier lieu, lui paraît susceptible de critiques, et avoir eu quelque part dans l'issue malheureuse de l'opération. Il blâme le chirurgien de n'avoir pas abaissé l'utérus, dont le col et le corps étaient sains et sans adhérences, et d'avoir opéré dans le vagin. On se demande pourquoi l'opérateur ne se contenta pas d'emporter les tumeurs, en ne coupant que la partie des lèvres à laquelle ces tumeurs étaient comme implantées, et en les emportant séparément. S'il voulait les emporter toutes d'une seule opération, ne devait-il pas respecter le tissu sain le plus possible ? Pourquoi a-t-il porté l'instrument tranchant sur le corps de la matrice qui n'était pas malade ? Enfin M. Lacaine avance qu'il eût été préférable de laisser l'organe à sa place naturelle, de dilater la vulve et le vagin, au moyen du *speculum uteri*, de saisir les tumeurs avec une pince à airigne, et d'en faire l'ablation avec des ciseaux ou avec un couteau à ce destiné, ce qu'il a vu faire plusieurs fois avec la plus grande facilité et sans que les malades en aient paru éprouver de la douleur. De cette manière on n'eût intéressé que le col de l'utérus l'on peut déchirer, inciser, sans qu'il en résulte une forte douleur et presque jamais d'accidens consécutifs, tandis qu'il en est tout autrement des lésions du corps de cet organe. (*Bulletin des travaux de la Société Médico-Pratique de Paris*, ann. 1832, N.os 7, 8, 9 et 10, p. 85.)

## *Obstétrique.*

ACCOUCHEMENT DIFFICILE, POSITION REMARQUABLE DE L'ENFANT ; *Obs. par Grove Berry.* — Le docteur Grove Berry fut appelé, le 2 avril, auprès de madame W., femme bien faite et bien constituée, d'un tempérament sanguin, à sa troisième grossesse. Les premières douleurs s'étaient fait sentir depuis douze heures ; elles étaient encore faibles, éloignées. Quelques heures plus tard, le col de l'utérus se dilatait, pendant chaque douleur, de la largeur de la paume de la main, et une poche formée par des membranes fortement résistantes se présentait au toucher. On put s'assurer qu'une partie de quelque étendue se présentait, mais il fut impossible de déterminer si cette partie était dure et résistante comme le crâne, ou molle et charnue. On déchira les membranes avec peine, et alors même, pendant la contrac-

tion subséquente, on ne put atteindre assez haut pour reconnaître la partie. Les questions adressées à la femme ne procurèrent aucun éclaircissement; elle n'éprouvait aucune sensation qui lui fît penser que les choses se passaient autrement que dans ses premières couches. Après une heure de promenades dans sa chambre, les contractions deviennent fréquentes et fortes; en touchant la femme, on trouva que l'épaule et la main avaient franchi le col utérin et s'étaient engagées dans le bassin. Le docteur Borry voulut introduire la main, mais il détermina immédiatement une contraction violente, qui dura, sans intervalle, plus de trente secondes. Après cette contraction la tête de l'enfant s'était retournée de manière que l'oreille droite était appliquée sur l'abdomen; mais pendant qu'on s'assurait de cette position, ces parties, ainsi disposées, s'engagèrent dans le détroit, l'épaule étant presque en contact avec le périnée. L'enfant était vivant alors, car on pouvait sentir les mouvemens de ses membres, ainsi que les battemens de son cœur et du cordon. Malgré les plus grands efforts que la prudence pût permettre, on ne put atteindre plus haut que l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, ni toucher le pied ou le genou. La main de l'accoucheur était si fatiguée, qu'il la retira dans le vagin, et se borna à empêcher l'enfant de descendre plus avant. Il y avait à peu près une demi-heure que la main avait été introduite. On se détermina à pratiquer une saignée, pour diminuer la violence des contractions. Lorsque le docteur B. se disposa à faire cette opération, il s'aperçut que la femme qui soutenait la malade en arrière, n'avait cessé de tirer fortement une serviette qu'elle avait passée autour de l'abdomen de celle-ci. Il est possible que cette circonstance ait influé sur la marche de l'accouchement; du moins le docteur B. pense-t-il que telle fut en grande partie la source des difficultés qu'il rencontra. — Le pouls était plein et fort, le visage rouge. Lorsqu'il eut coulé environ une livre et demi de sang du bras, les douleurs changèrent de caractère, et, à l'examen, on trouva que l'épaule et toutes les côtes de ce côté avaient franchi le petit bassin, et que l'on pourrait passer un doigt entre le périnée et le dos de l'enfant. On pouvait encore facilement remuer l'enfant, et chaque douleur le faisait rapidement avancer. On passa un lac sur son bras, et, peu de temps après la saignée les tractions opérées par le médecin, jointes aux contractions de la matrice, produisirent l'expulsion de l'enfant: jambes, pieds, cordon, placenta, tout à la fois, sans causer aucune déchirure du périnée. La tête conservait ses rapports avec le reste du corps qui ont été indiqués plus haut, mais son cœur et le cordon avaient cessé de battre.

D'après les calculs de cette femme elle était à son neuvième mois et deux jours de plus. L'enfant était vivant une demi-heure avant la délivrance, et pourtant sa tête et son abdomen étaient engagés ensemble dans le bassin. L'enfant n'était pas très gros, et le bassin avait les dimensions requises. Les contractions avaient été extrêmement fortes; sans cette dernière circonstance, il est probable que l'accouchement n'aurait pu avoir lieu qu'après le démembrement de l'enfant ou l'évacuation du crâne. L'enfant était vivant quand l'épaule était sur le périnée, et par conséquent, lorsque la tête et l'abdomen avaient franchi ensemble le petit détroit. Est-il certain, quelqu'importantes que soient les autorités qui sont contraires à cette opinion, que l'enfant, s'il avait continué de vivre, n'aurait pas pu naître dans cette position? (*Lond. med. Gaz.*, 13 avril 1833.)

---

## VARIÉTÉS.

—

### *Sur une classe particulière de mouvemens musculaires.*

Nous avons cru devoir extraire d'un de nos recueils littéraires les plus estimés, la *Revue des deux mondes*, un article très-remarquable de M. Chevreul, sur un genre particulier de mouvemens musculaires. L'analyse pleine de sagacité que l'auteur a faite des phénomènes qui en sont l'objet, ses vues ingénieuses, les conséquences qu'il tire des résultats de son examen, ne sont pas seulement d'un grand intérêt physiologique. On y trouvera une heureuse application des principes de la bonne philosophie, de la philosophie expérimentale. L'article est sous forme de lettre adressée à M. Ampère.

« Vous me demandez une description des expériences que je fis en 1812, pour savoir s'il est vrai, comme plusieurs personnes me l'avaient assuré, « qu'un pendule formé d'un corps lourd et d'un fil flexible oscille, lorsqu'on le tient à la main au-dessus de certain corps, quoique le bras soit immobile. » Vous pensez que ces expériences ont quelque importance; en me rendant aux raisons que vous m'avez données de les publier, qu'il me soit permis de dire qu'il a fallu toute la foi que j'ai en vos lumières pour me déterminer à mettre sous les yeux du public des faits d'un genre si différent de ceux dont je l'ai entretenu jusqu'ici. Quoi qu'il en soit, je vais, suivant votre désir, exposer mes observations; je les présenterai dans l'ordre où je les ai faites.

« Le pendule dont je me servis était un anneau de fer suspendu à un fil de chanvre; il avait été disposé par une personne qui désirait vivement que je vérifiasse moi-même le phénomène qui se manifestait lorsqu'elle le mettait au dessus de l'eau, d'un bloc de métal ou d'un être vivant: phénomène dont elle me rendit témoin. Ce ne fut pas, je l'avoue, sans surprise, que je le vis se reproduire, lorsque ayant saisi moi-même de la main droite le fil du pendule, j'eus placé ce dernier au-dessus du mercure de ma cuve pneumatique, d'un enclume, de plusieurs animaux, etc. Je conclus de mes expériences que s'il n'y avait, comme on me l'assurait, qu'un certain nombre de corps aptes à déterminer les oscillations du pendule, il pourrait arriver qu'en interposant d'autres corps entre les premiers et le pendule en mouvement, celui-ci s'arrêterait. Malgré ma présomption, mon étonnement fut grand lorsqu'après avoir pris de la main gauche une plaque de verre, un gâteau de résine, etc., et avoir placé un de ces corps entre du mercure et le pendule qui oscillait au-dessus, je vis les oscillations diminuer d'amplitude et s'anéantir entièrement. Elles recommencèrent lorsque le corps intermédiaire eut été re-

tiré, et s'anéantirent de nouveau par l'interposition du même corps. Cette succession de phénomènes se répéta un grand nombre de fois avec une constance vraiment remarquable, soit que le corps intermédiaire fût tenu par moi, soit qu'il le fût par une autre personne. Plus ces effets me paraissaient extraordinaires, et plus je sentais le besoin de vérifier s'ils étaient réellement étrangers à tout mouvement musculaire du bras, ainsi qu'on me l'avait affirmé de la manière la plus positive. Cela me conduisit à appuyer le bras droit qui tenait le pendule, sur un support de bois que je faisais avancer à volonté de l'épaule à la main, et revenir de la main vers l'épaule : je remarquai bientôt que, dans la première circonstance, le mouvement du pendule décroissait d'autant plus que l'appui s'approchait davantage de la main, et qu'il cessait lorsque les doigts qui tenaient le fil étaient eux-mêmes appuyés, tandis que, dans la seconde circonstance, l'effet contraire avait lieu; cependant, pour des substances égales du support au fil, le mouvement était plus lent qu'auparavant. Je pensai d'après cela qu'il était très-probable qu'un mouvement musculaire qui avait lieu à mon insu déterminait le phénomène, et je devais d'autant plus prendre cette opinion en considération, que j'avais un souvenir vague, à la vérité, d'avoir été dans *un état tout particulier*, lorsque mes yeux suivaient les oscillations que décrivait le pendule que je tenais à la main.

» Je refis mes expériences, le bras parfaitement libre, et je me convainquis que le souvenir dont je viens de parler n'était pas une illusion de mon esprit, car je sentis très-bien qu'en même temps que mes yeux suivaient le pendule qui oscillait, il y avait en moi une *disposition ou tendance au mouvement*, qui, tout involontaire qu'elle me semblait, était d'autant plus satisfaite, que le pendule décrivait de plus grands arcs : dès-lors je pensai que si je répétais les expériences les yeux bandés, les résultats pourraient en être tout différens de ceux que j'observais. C'est précisément ce qui arriva. Pendant que le pendule oscillait au-dessus du mercure, on m'appliqua un bandeau sur les yeux : le mouvement diminua bientôt, mais quoique les oscillations fussent faibles, elles ne diminuèrent pas sensiblement par la présence des corps qui avaient paru les arrêter dans mes premières expériences. Enfin, à partir du moment où le pendule fut en repos, je le tins encore pendant un quart-d'heure au-dessus du mercure sans qu'il se remit en mouvement, et dans ce temps-là, et toujours à mon insu, on avait interposé et retiré plusieurs fois, soit le plateau de verre, soit le gâteau de résine.

» Voici comment j'interprète ces phénomènes :

» Lorsque je tenais le pendule à la main, un mouvement musculaire de mon bras, quoique insensible pour moi, fit sortir le pendule de l'état de repos, et les oscillations, une fois commencées, furent bientôt augmentées par l'influence que la vue exerça pour me mettre dans cet état particulier de *disposition ou tendance au mouvement*. Maintenant il faut bien reconnaître que le mouvement musculaire, lors même qu'il est accru par cette *même disposition*, est cependant assez faible pour s'arrêter, je ne dis pas sous l'empire de la volonté, mais lorsqu'on a simplement *la pensée d'essayer si telle chose l'arrêtera*. Il y a donc une liaison intime établie entre l'exécution de certains mouvemens et l'acte de la pensée qui y est relative, quoique cette pensée ne soit point encore la volonté qui commande aux organes musculaires. C'est en cela que les phénomènes que j'ai décrits me semblent être de quelque intérêt pour la psychologie, et même pour l'histoire des sciences; ils prouvent combien il est facile de prendre des illusions pour des réalités, toutes les fois que nous nous occupons d'un phénomène où nos organes ont quelque part, et cela dans des circonstances qui n'ont pas été analysées suffisamment. En effet, que je me fusse borné à faire osciller le pendule au-dessus de certains corps, et aux expériences où ces oscillations furent arrêtées, quand on interposa du verre, de la résine, etc., entre le pendule et les corps qui semblaient en déterminer le mouvement, et certainement je n'aurais point eu de raison pour ne pas croire à la baguette divinatoire et à autre chose du même genre. Maintenant on concevra sans peine comment des hommes de très-bonne foi, et éclairés d'ailleurs, sont quelquefois portés à recourir à des idées tout-à-fait chimériques pour expliquer des phénomènes qui ne sortent pas réellement du monde physique que nous connaissons (1). Une fois convaincu que rien de vraiment extraordinaire n'existait dans les effets qui m'avaient causé tant de surprise, je me suis trouvé dans une disposition si différente de celle où j'étais la première fois que je les observai, que long-temps après, et à diverses époques, j'ai essayé, mais toujours en vain, de les reproduire.

» En invoquant votre témoignage sur un fait qui s'est passé sous vos yeux il y a plus de douze ans, je prouverai à mes lecteurs que je ne suis pas la seule personne sur qui la vue ait eu de l'influence pour déterminer les oscillations d'un pendule tenu à la main. Vous vous rappelez sans doute qu'étant chez vous avec le général P**** et plusieurs autres personnes, mes expériences devinrent un des sujets de la conversation; que le général manifesta le désir d'en connaître les détails, et qu'après les lui avoir exposés, il ne dissimula pas combien l'influence de la vue sur le mouvement du pendule était contraire à toutes ses idées. Vous vous rappelez que, sur ma proposition d'en faire lui-même l'expérience, il fut frappé d'étonnement lorsque, après avoir mis la main sur ses yeux pendant quelques minutes, et l'en avoir retirée ensuite, il vit le pendule qu'il tenait de la main droite absolument immobile, quoiqu'il oscillât avec rapidité au moment où ses yeux avaient cessé de le voir.

» Les faits précédens et l'interprétation que j'en ai donnée m'ont conduit à les enchaîner à d'autres que nous pouvons observer tous les jours : par cet enchaînement, l'analyse de ceux-ci devient à-la-fois et plus simple et plus précise qu'elle ne l'a été, en même temps que l'on forme un ensemble de faits dont l'interprétation générale est susceptible

(1) Je conçois très-bien qu'un homme de bonne foi, dont l'attention tout entière est fixée sur le mouvement qu'une baguette qu'il tient en ses mains peut prendre par une cause qui lui est inconnue, pourra recevoir de la moindre circonstance la tendance au mouvement nécessaire pour amener la manifestation du phénomène qui l'occupe; par exemple, si cet homme cherche une source, s'il n'a pas les yeux bandés, la vue d'un gazon vert, abondant, sur lequel il marche, pourra déterminer en lui, à son insu, le mouvement musculaire capable de déranger la baguette, par la liaison établie entre l'idée de végétation active et celle de l'eau.

d une grande extension. Mais avant d'aller plus loin, rappelons bien que mes observations présentent deux circonstances principales :

» 1. Penser qu'un pendule tenu à la main peut se mouvoir, et qu'il se meuve sans qu'on ait la conscience que l'organe musculaire lui imprime aucune impulsion; *voilà un premier fait.*

» 2. Voir un pendule osciller, et que ses oscillations deviennent plus étendues par l'influence de la vue sur l'organe musculaire, et toujours sans qu'on en ait la conscience; *voilà un second fait.*

» La tendance au mouvement, déterminée en nous par la vue d'un corps en mouvement, se retrouve dans plusieurs cas, par exemple :

» 1.° Lorsque l'attention étant entièrement fixée sur un oiseau qui vole, sur une pierre qui fend l'air, sur de l'eau qui coule, le corps du spectateur se dirige d'une manière plus ou moins prononcée vers la ligne du mouvement;

« 2.° Lorsqu'un joueur de boule ou de billard, suivant de l'œil le mobile auquel il a imprimé le mouvement, porte son corps dans la direction qu'il désire voir suivre à ce mobile, comme s'il lui était possible encore de le diriger vers le but qu'il a voulu lui faire atteindre.

» Quand nous marchons sur un plan glissant, tout le monde sait avec quelle promptitude nous nous jetons du côté opposé à celui où notre corps est entraîné par suite d'une perte d'équilibre; mais une circonstance moins généralement connue, c'est qu'une tendance au mouvement se manifeste lors même qu'il nous est impossible de nous mouvoir dans le sens de cette tendance; par exemple, en voiture, la peur de verser vous raidit dans la direction opposée à celle qui vous menace, et il en résulte des efforts d'autant plus pénibles que la frayeur et l'irritabilité sont plus grandes. Je crois que dans les chutes ordinaires, le *laisser-tomber* a moins d'inconvénient que l'effort tenté pour prévenir la chute. C'est de cette manière que je comprends la justesse du proverbe: *Il y a un Dieu pour les enfans et pour les ivrognes.*

» Le fait que je viens de citer nous conduit naturellement au cas où, étant placé sur la corniche d'une montagne dont la largeur présente une voie beaucoup plus large que celle qui serait strictement nécessaire si l'on marchait dans une grande route, on vient tout-à-coup à découvrir la profondeur d'un abime qu'on a au-dessous de soi. Au même moment, pour ainsi dire, on se jette irrésistiblement du côté opposé à l'abime, poussé par l'instinct de la conservation qui lutte contre une tendance au mouvement en sens contraire, déterminée par la vue de l'abime. Cette tendance est encore remarquable lorsqu'on se trouve sur un pont sans garde-fou, placé au-dessus d'un précipice; ce précipice, vu d'un côté du pont, vous fait jeter du côté opposé, et vous met dans le même état d'anxiété que celui auquel vous avez voulu vous soustraire. Ainsi, sollicité successivement en deux sens opposés, vous êtes frappé de stupeur et réduit à l'immobilité, si même la crainte trop vive de tomber du côté où vous êtes ne vous fait pas courir le danger de vous jeter du côté opposé. Telle est, dans le cas dont nous parlons, la position d'un homme qui n'a pas été habitué à marcher dans une voie étroite suspendue sur un abime, tandis que l'homme qui a cette habitude y marche aussi sûrement que dans une grande route, par la raison que, libre de frayeur, il ne pense point au danger que redoute le premier. Enfin la position de celui-ci pourrait devenir plus critique encore, s'il était conduit à découvrir la profondeur de l'abime dans le cas où, suivant de l'œil le vol d'un oiseau ou le jet d'une pierre, etc., il aurait déjà obéi jusqu'à un certain point à cette tendance qui nous porte vers un corps qui se meut (1).

» La tendance au mouvement dans un sens déterminé, résultant de l'attention qu'on donne à un certain objet, me semble la cause première de plusieurs phénomènes qu'on rapporte généralement à *l'imitation;* ainsi, dans le cas où la vue et même l'audition portent notre pensée sur une personne qui bâille, le mouvement musculaire du bâillement en est ordinairement chez nous la conséquence. Je pourrais en dire autant de la communication du rire, et cet exemple même présente plus que tout autre analogue une circonstance qui me paraît appuyer beaucoup l'interprétation que je donne de ces phénomènes : c'est que le rire, faible d'abord, peut, s'il se prolonge, passez-moi l'expression, *s'accélérer* (comme nous avons vu les oscillations du pendule tenu à la main augmenter d'amplitude sous l'influence de la vue), et le rire *s'accélérant* peut aller jusqu'à la convulsion.

» Je ne doute point que le spectacle de certaines actions propres à agir fortement sur notre frêle machine, que le récit animé de la voix et du geste de ces mêmes actions, ou, encore, la connaissance que l'on en prend par une simple lecture, ne portent certains individus à ces mêmes actions, par suite d'une tendance au mouvement qui les détermine ainsi machinalement à un acte auquel ils n'auraient jamais pensé sans une circonstance étrangère à leur volonté, et auquel ils n'auraient jamais été conduits par ce que l'on doit nommer *l'instinct* chez les animaux.

» Le grand acteur est celui dont le geste et le mouvement de la physionomie correspondent au mouvement que les sentimens qu'il traduit sur la scène ont dû exciter dans le personnage qu'il représente.

» Le peintre d'histoire qui a étudié la nature saisit la position que devaient avoir les originaux des personnages qu'il peint, lorsqu'ils concouraient à l'acte que la toile doit reproduire.

» Le grand poète est celui dont les vers éveillent en ceux qui l'écoutent, les mouvemens correspondans aux faits qu'il chante : tel est le récit d'un morceau de l'Iliade, qui porte Alexandre à se jeter sur ses armes.

» En terminant ici l'exposition des faits qui me paraissent se lier à mes observations, je crois devoir faire une remarque, qui se trouve bien implicitement dans ce que j'ai dit, mais qui pourrait échapper à quelque lecteur : c'est que cette tendance au mouvement à laquelle je rapporte la cause première d'un grand nombre de nos actions, n'a lieu qu'autant que nous sommes dans un certain état, qui est précisément ce que les magnétiseurs appellent la *foi.* L'existence de cet état est parfaitement démontrée par le récit de mes expériences : effectivement, tant que j'ai cru *possible* le

(1) Il n'est pas impossible que, dans le mal de mer, il se passe en nous quelque chose d'analogue à ce que je viens de dire.

mouvement du pendule que je tenais à la main, il a eu lieu; mais après en avoir eu découvert la cause il ne m'a plus été possible de le reproduire. C'est parce que nous ne sommes pas toujours dans le même état, que nous ne recevons pas constamment la même impression d'une même chose : ainsi le bâillement d'un autre ne nous fait pas toujours bâiller; le rire ne se communique pas toujours du rieur à son voisin, etc. Le grand orateur qui veut faire partager à la foule qui l'écoute la passion qui l'anime, n'arrive point de prime-abord à son but; il commence par y prédisposer son auditoire, et ce n'est qu'après s'en être rendu maître qu'il lance son dernier argument, son dernier trait. Le grand poète, le grand écrivain, usent constamment du même artifice; ils préparent d'abord leur lecteur à recevoir une impression finale. Rien de plus curieux, dans l'étude des causes qui déterminent les actions de l'homme, que la connaissance des moyens employés par le marchand pour appeler d'abord et fixer ensuite l'attention de l'acheteur sur les qualités de l'objet *qu'il veut* lui faire prendre; que la connaissance des moyens employés par l'escamoteur pour faire tirer d'un jeu de cartes telle carte plutôt que tout autre, ou pour porter l'attention du spectateur sur une certaine chose, afin de la distraire d'une autre, distraction sans laquelle l'escamoteur ne causerait point la surprise qui est l'objet final de son art. Il résulte de ces considérations, que les professions les plus diverses emploient des moyens tout-à-fait analogues, quoique excessivement variés, pour arriver à un même but, celui de s'emparer d'abord de l'attention de l'homme, afin de produire ensuite sur lui un effet déterminé.

» Je crois que mes observations se lient à l'histoire des facultés des animaux; qu'il est tels de leurs actes qu'on a attribués à l'instinct, qui rentrent dans la classe de ceux dont j'ai parlé. Ce serait surtout chez les animaux qui vivent en troupe qu'il me paraîtrait intéressant d'étudier, sous ce rapport, l'influence des chefs sur les individus subordonnés. Enfin, les faits que j'ai cités ne jettent-ils pas quelque jour sur la cause de la *fascination* qu'un animal fait éprouver à un autre?

» Je crois que mes observations sont encore de nature à devoir fixer l'attention des physiologistes qui, comme M. Flourens, ont examiné d'une manière toute particulière les mouvemens qui surviennent dans des animaux après l'ablation de parties déterminées de leur ystème nerveux; il me semblerait important d'apprécier l'influence que l'ablation de telle de ces parties peut exercer sur la manifestation des phénomènes qui font le sujet de cette lettre.

» Tels sont, mon cher ami, les objets que vous avez considérés comme étant susceptibles d'intéresser les personnes qui pensent avec nous que la marche à suivre en psychologie est celle qu'ont tracée les hommes auxquel les sciences naturelles doivent leurs progrès, et qui partagent notre opinion qu'il n'y a pas de métaphysique positive pour qui ignore les grandes vérités des sciences physiques et mathématiques. L'étude des facultés de l'homme est liée invariablement non-seulement à la connaissance des moyens qu'il a mis en usage pour arriver à fonder chacune des branches spéciales de ces mêmes sciences, mais elle l'est encore à la connaissance des facultés des animaux. Avant de chercher à composer un système général de philosophie, il faut avoir rassemblé un nombre aussi grand que possible de groupes de faits analogues, et en outre il faut que les faits de chaque groupe aient été préalablement approfondis par des études particulières.

« Recevez, mon cher ami, etc.

« E. CHEVREUL. »

---

# REVUE MÉDICALE

## FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

# JOURNAL DE CLINIQUE

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ, ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

PAR MM. BAYLE, CAYOL, MARTINET RÉCAMIER.

MAI 1833.

## CLINIQUE ET MÉMOIRES.

### *Essai sur les avantages de la méthode naturelle, comparée avec la classification artificielle, dans l'étude des maladies de la peau* (1).

Mémoire couronné par la société des Dermatophiles; traduit de l'anglais, de M. le docteur JOHN PAGETT, de l'Université d'Edimbourg.

> Sentio autem nostræ artis incrementum his consistere, ut habeatur historia sive morborum omnium descriptio, quoad fieri potest graphica et naturalis, praxis seu methodus circa eosdem stabilis et consummata. SYDENHAM.

Quand M. le professeur Alibert proposa, comme sujet d'*essai*, les avantages de sa méthode naturelle comparée à la classification artificielle dans l'étude des *maladies de la peau*, il nous sembla, comme à beaucoup d'autres, qu'un Français seul pourrait, sans présomption, traiter un sujet si éminemment français. Le pays des Jussieu, des De Candolle, des Cuvier, des Lamarck, des Geoffroy-St.-Hilaire, des Blainville, etc., peut, sans injustice, prétendre à l'honorable distinction d'avoir conduit l'Europe dans la route de cette belle connaissance, et de lui avoir dicté les lois qui doivent pour toujours la guider dans ses recherches scientifiques : la France, que l'on doit regarder comme le berceau de cette grande méthode, l'a élevée à un degré de perfection tel, que, sous ce rapport, elle ne connaît point de rivale.

(1) La méthode naturelle est celle que M. le professeur Alibert suit avec le plus grand succès dans ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis. (Voyez sa Monographie des Dermatoses, ouvrage qui a beaucoup simplifié cette curieuse étude.)

Comment donc un étranger osera-t-il entreprendre de traiter un sujet si national! Telle fut la pensée que nous suggéra d'abord la proposition d'un tel travail, sous le titre d'*Essai*; mais un instant de réflexion suffit pour nous convaincre que, quel que fût le titre de l'épreuve, c'était le moment de prouver à nos voisins que nous ne sommes point étrangers à leurs progrès, que nous savons en profiter sans rester ingrats envers la source où nous les avons puisés.

Il est vrai que nous ne faisons que commencer à suivre les pas de nos maîtres, mais nous reconnaissons déjà les principes qu'ils ont établis et les avantages que l'on peut retirer de leur application. Ainsi se trouve levée la première et en même temps la plus grande difficulté : le temps et les occasions feront le reste.

Alors même qu'un étranger n'aurait pas d'autres motifs, sa reconnaissance pour la bienveillante libéralité du fondateur du prix ne devrait-elle pas à elle seule l'engager à faire de son mieux pour remplir ses désirs et ses intentions (1).

En discutant les avantages d'une méthode naturelle régulière de classification, et de son application aux maladies de la peau, nous ne pouvons éviter de nous en rapporter à l'histoire naturelle; à quelle autre source, en effet, pourrions-nous puiser les principes de cette science? où pourrions-nous trouver plus facilement des preuves de son utilité? La nécessité elle-même nous en fait donc une loi.

C'est à l'histoire naturelle que toute classification doit son origine : mais en commençant l'étude d'un sujet, qui, dans son étendue, renferme la connaissance de la nature, de la formation et des habitudes de tous les êtres, l'esprit humain semble s'être égaré dans l'espace et n'avoir pu se fixer que sur quelques points isolés. Cette étude si vaste ne laisse, en effet, aucun repos à l'imagination : c'est un point d'où chacun part, sans qu'on puisse prévoir le terme de ses

(1) C'est M. le professeur Alibert qui a fondé le prix proposé pour le meilleur mémoire sur les avantages de la méthode naturelle dans l'étude des dermatoses.

recherches. Cette vérité avait tellement frappé les esprits amis de l'ordre, que tous les naturalistes, depuis Aristote jusqu'à Cuvier, ont tenté, par un arrangement quelconque, de faciliter l'étude de leur science favorite. Les vrais principes de la classification sont cependant restés inconnus pendant des siècles, et chaque auteur ne présente, la plupart du temps, pour base de la science, que sa propre convenance. Les naturalistes n'avaient, pour base de leur classification, que la manière la plus commode de disposer leur cabinet, l'ordre alphabétique ou géographique de tous les objets qu'on avait pu y réunir. Ce n'est pas à la littérature que l'on dut les progrès de la classification naturelle; comme toutes les autres branches des connaissances humaines, elle disparut avec Rome, et resta ensevelie dans les ténèbres et la superstition qui, pendant si long-temps, plongèrent l'Europe dans l'ignorance et la barbarie.

En 1583, nous voyons Césalpini s'efforcer de classer les plantes d'après la forme de leurs fleurs et de leurs fruits. Cent ans plus tard, Ray applique les mêmes principes à la zoologie, dans son abrégé sur les serpens et les quadrupèdes; mais ce n'est que quand Linneus parut que nous eûmes quelque chose qui méritât le nom de méthode en histoire naturelle. Ce grand génie classa toute la nature dans sa gigantesque intelligence, divisa, subdivisa, et donna des noms et des places à tous les objets qu'il connaissait. Il posa enfin les fondemens d'une méthode d'histoire naturelle qui servit de modèle aux autres naturalistes.

Linneus, le premier, enrichit l'histoire naturelle d'une terminologie exacte, sans laquelle aucune science ne peut arriver à la perfection : mais en nommant des êtres inconnus ou innominés, il s'appliqua surtout à leur donner des dénominations qui peignissent leurs principaux caractères, principe excellent, dont ses successeurs n'auraient jamais dû s'écarter.

Mais la méthode de classification que proposa Linneus est purement artificielle, et, quoiqu'on ne puisse nier ses nombreux avantages, elle reste, comme toutes celles qu'on a établies sur les mêmes bases, exposée à de sérieuses objections. Personne n'en connut mieux les imperfections que son auteur lui-même : *Primùm et ultimatùm in botanice quæsitum est methodus naturalis*, dit cet auteur célèbre. Si ces paroles sont pour nous la preuve que Linneus reconnaissait la supériorité d'une méthode naturelle, les familles qu'il a lui-même établies n'attestent pas moins l'importance qu'il attachait à une classification naturelle.

Mais avant d'aller plus loin, cherchons à définir nettement ce que les naturalistes entendent par classification empirique ou artificielle, et par classification naturelle.

1° Une classification empirique est celle qui dérive d'un principe pris en dehors des objets qu'elle renferme : telle serait celle à laquelle présiderait seulement l'ordre alphabétique.

2° Une méthode artificielle, ou plutôt un système de classification, est celui qui dérive bien d'une cause inhérente au sujet, mais se rattachant seulement à une partie de son organisation. Tels sont les systèmes de Tournefort et de Linneus, qui, pour classer les plantes, n'eurent égard, le premier, qu'aux seuls caractères de la corolle; le second, à ceux des organes de la génération.

3° Enfin la classification naturelle, celle qui mérite surtout le nom de *méthodique*, est celle qui embrasse dans ses considérations, non-seulement le caractère le plus important et le plus constant de chaque être qu'elle renferme, mais encore l'organisation de tous, étudiée jusque dans ses moindres détails.

C'est Bernard de Jussieu qui, le premier, eut la gloire de soumettre tous les êtres de la nature au troisième ordre de classification. Après bien des efforts, ce naturaliste original parvint à classer toutes les plantes du jardin de Trianon selon leurs rapports naturels. Il posa ainsi les bases d'un brillant édifice, que la philosophie devait désirer voir se terminer par l'établissement des familles naturelles.

Laurent de Jussieu perfectionna ce que Bernard avait déjà si largement ébauché : on lui doit d'avoir posé sur des bases invariables, et avec une précision vraiment philosophique, les principes et les lois de la classification naturelle. La méthode de ce profond naturaliste est d'autant plus sûre, qu'il n'est arrivé à des conclusions générales qu'après un examen approfondi de tous les individus, en réunissant ceux qui avaient quelques traits de ressemblance, en séparant ceux qui différaient, en s'attachant à l'origine et à l'importance de ces traits de conformité ou de dissemblance; c'est ainsi que l'immortel Jussieu a posé les bases d'une classification qui vivra autant que la science elle-même, et servira toujours de guide pour les travaux à venir. Parmi les naturalistes qui ont secondé Jussieu dans ses immortelles recherches, on doit citer M. De Candolle, dont le nom appartient pour toujours à la science.

Ce que Jussieu a fait pour la botanique, Cuvier l'a fait pour la zoologie, en se conformant aux principes de Bacon sur l'investigation. Mais au nom de Cuvier nous devons nous arrêter, pour lui payer notre tribut d'hommages et de respect; sa mémoire sera toujours honorée, non-seulement par les écoles qui ont eu le bonheur de recueillir les connaissances précieuses sorties de ses lèvres inspirées, mais encore par les institutions dont il fut le soutien et l'ornement, par la France surtout, dans l'histoire de laquelle il remplira l'une des pages les plus brillantes.

Les travaux de Cuvier ne sont pas les seuls que nous ayons sur l'histoire naturelle; qui ne connaît ceux de Lamarck sur les *invertébrés* et les ordres inférieurs; ceux de Latreille sur les *insectes*; ceux de Blainville sur les *zoophytes*; ceux de Saint-Hilaire sur *l'anatomie philosophique* de tout le règne animal? De tels hommes ne pouvaient pas travailler en vain. Aussi, la lumière qu'ils ont répandue sur ces branches de l'histoire naturelle est-elle aussi vive qu'on devait l'attendre de talens si distingués.

Il serait inutile de nous appesantir sur les mérites différentiels des classifications naturelles et artificielles appliquées à l'histoire naturelle; tout le monde est d'accord sur ce point, et chacun s'accorde à reconnaître leur utilité relative. La classification artificielle offre les moyens aisés et directs de découvrir le nom de tous les objets qui se présentent; en d'autres termes, elle fournit une table à la nature. De tels moyens sont d'une haute importance pour les jeunes étudians, et deviennent indispensables pour l'étude de toutes les sciences d'une vaste étendue; ils ont cependant l'inconvénient de rapprocher des objets qui de-

vraient être séparés, et d'éloigner au contraire ceux qu'on devrait réunir. Le système de Linné, par exemple, nous fait bien connaître le nombre des étamines et des pistilles d'une plante, le nombre et la forme des dents des *mammalia*, la position relative des nageoires des poissons; mais là s'arrêtent les notions tirées du système artificiel.

Une méthode naturelle, au contraire, qui n'est que l'expression des affinités des différens êtres, affinités tirées de l'origine de ces mêmes êtres, de leur mode constant d'existence, de leurs plus importantes fonctions, cette méthode, dis-je, marque le rang que chaque être occupe sur l'échelle de la création, l'analogie qu'il présente avec ceux qui l'entourent et les distinctions qui l'en séparent; enfin, elle considère les objets sous toutes leurs faces, et par cela même les fait seule véritablement connaître.

J'avoue que pour un esprit superficiel, qui ne voudrait apprendre que le nom des objets, un système artificiel est préférable, puisque par lui la connaissance d'un seul organe suffit pour vous mettre sur la voie; tandis que dans la méthode naturelle, vous n'arriverez à la connaissance d'un objet quelconque qu'après l'avoir minutieusement étudié dans toutes ses parties. Enfin, n'est-il pas à désirer qu'on unisse l'agrément de la première méthode à l'utile solidité de l'autre; union si heureuse, et dont nous avons un exemple remarquable dans la botanique, science qui possède des rapports si naturels dans toutes ses parties, dans laquelle la même description est variée, modifiée et répétée à chaque famille naturelle.

Ne pourrait-on pas, il est vrai, affirmer que la réunion des deux classifications est inutile, en voyant dans la botanique plusieurs plantes artificiellement classées par Linneus, se trouver dans la même position relative que dans la classification naturelle de Jussieu? Et dans sa zoologie, Cuvier, comme le fait observer M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, suit, pour sa classification des *mammalia*, la disposition que Linneus lui-même avait primitivement proposée. Doit-on, du reste, s'étonner d'une semblable coïncidence, quand on songe que l'harmonie qui règne dans la création, que l'accroissement proportionnel des développemens, que la sympathie des formes dans les différentes parties d'un corps, sont tels que, si l'on excepte les cas de monstruosité, la connaissance d'une seule partie conduit presque avec certitude à celle de toutes les autres (1). Mais tout en admirant l'unité et l'harmonie de la nature, nous devons nous tenir sur nos gardes et ne pas oublier qu'elle a aussi ses anomalies et ses irrégularités. Une régularité absolue est même une chose inconnue en histoire naturelle, de sorte qu'on chercherait vainement un caractère constamment régulier.

La botanique nous fournit encore un exemple de ce que nous venons d'avancer : l'on sait en effet que, dans beaucoup de plantes, le nombre des étamines varie suivant le climat et le sol où elles croissent; et pour ne citer que les genres *lychnis* et *valeriana*, Linneus, s'il eût tenu plus rigoureusement à son système, eût certainement éloigné quelques-unes de leurs espèces qui offrent une constante variété dans le nombre des organes de la génération. Si cette variété dans le nombre des étamines suffit pour mettre obstacle à la formation des genres, à plus forte raison elle s'opposerait à la composition de familles naturelles.

Les variétés de l'organisation ne sont pas moins frappantes en zoologie. Les *invertébrés*, et particulièrement les *entozoaires* et les *insectes*, présentent les irrégularités les plus extraordinaires; les premiers, dans quelques parties de leur organisation, méritent un rang assez élevé dans le règne animal, et d'autres seraient placés avec raison parmi les plus inférieurs des zoophytes.

Une contemplation de la nature, sous ce point de vue, nous ferait presque oublier la grande harmonie qui existe dans son ensemble; pour bien apprécier cette vaste étendue, regardons-la comme si nous étions placés sur une hauteur d'où, considérant sa surface, ses irrégularités disparaîtraient à nos yeux, tandis qu'elles borneraient notre horizon si nous nous en rapprochions. En nous y prenant de cette manière, nous obtiendrons sans difficulté un aperçu général et facile à saisir des variétés de la nature.

Ainsi, dans l'étude de l'histoire naturelle, pour distinguer l'unité de la nature de ses nombreuses anomalies, il faut, avec les géologistes, considérer la formation successive des êtres; avec les anatomistes, observer le développement progressif des organes pendant leur formation, et suivre les changemens qu'ils subissent avant d'arriver à la perfection; il faut enfin, avec l'esprit d'analyse d'un Geoffroy-Saint-Hilaire, décomposer et réduire à leur plus simple expression les formations les plus compliquées avant de pouvoir comprendre la vaste harmonie de la création, avant de voir la nature véritablement comme elle est : *variété dans l'unité*.

En parlant de méthode naturelle, nous n'avons pas cherché à savoir jusqu'à quel point une classification peut réellement mériter ce nom. Je suis de l'opinion de M. Geoffroy-Saint-Hilaire (1), qu'une méthode parfaite ne saurait exister; c'est une sorte de *pierre philosophale* dont la découverte est impossible. Nous croyons cette observation juste, car la nature n'a créé que des individus; mais souvenons-nous cependant qu'elle les a formés dans un certain ordre. Il en est dans lesquels elle a mis plus ou moins de ressemblances et d'affinités; il en est d'autres qu'elle a séparés par des variétés et des marques distinctives bien tranchées. Unir dans les familles naturelles les genres et les espèces, faire des divisions exactes, est purement l'ouvrage de l'art, mais plus on perfectionne, plus on approche de la nature elle-même.

Nous considérons une méthode naturelle autant comme moyen d'union, que comme moyen de séparation, comme une manière de marquer les relations et les affinités aussi bien que les distinctions; comme elle suit autant que possible le cours naturel de l'organisation, qu'elle montre comment un type de formation se fond, pour ainsi dire, dans un autre, et comment, par gradation, les traits caractéristi-

(1) C'est à la régularité de cette harmonie que Cuvier dut sa grande découverte, si utile dans son application à une autre science naturelle, et par laquelle on peut décrire assez exactement la forme, la classe et souvent l'espèce d'un animal n'en ayant qu'un fragment, fût-il même dans un état de putréfaction.

(1) Histoire naturelle des mammifères, par Geoffroy-Saint-Hilaire, 1829, page 28.

ques d'une classe d'êtres s'adoucissent dans toutes leurs parties jusqu'à ce qu'ils soient en harmonie avec ceux qui suivent; enfin, comme elle renferme toutes les qualités indiquées plus haut, nous la considérons comme ayant atteint le vrai caractère d'une méthode naturelle. *Division dans l'union.*

Mais il faut quitter ces champs agréables d'observations où nous craignons déjà de nous être trop long-temps arrêtés pour y cueillir les fleurs dont ils sont semés, et nous appliquer au sujet plus direct de notre essai, sur les avantages d'un mode naturel de classification appliqué aux *maladies de la peau.*

Dès en commençant notre tâche, nous rencontrons une difficulté, celle de savoir si une méthode naturelle est applicable à ses maladies? Vouloir procéder en nosologie comme en histoire naturelle, c'est, dit un pathologiste moderne, vouloir comparer à des états qui sont toujours des aberrations ou des perversions de la règle, des êtres constamment réguliers. Mais de ce que nous avouons que l'ordre naturel qui règne dans le monde végétal ou animal contribue à rendre les rapports plus parfaits et les affinités plus faciles à saisir, ne devons-nous pas conclure qu'une méthode qui démontre clairement les relations et les affinités nous est surtout nécessaire là où nul caractère ne renferme une régularité suffisante, là par conséquent où il nous est plus difficile de fonder notre classification?

Cependant, pour déterminer exactement la possibilité de cette application au sujet ci-dessus mentionné, nous devons examiner avec la plus grande attention les principes sur lesquels est fondée la classification naturelle, les conditions auxquelles ces principes sont applicables, et jusqu'à quel point ces conditions sont remplies dans la *Monographie des dermatoses.*

Les principes de la classification naturelle doivent varier d'étendue suivant les sujets auxquels ils s'appliquent: la botanique, par exemple, est la seule science où ces principes aient été appliqués avec quelque précision. De Candolle, qui s'est donné avec le plus grand succès à cette branche abstraite de la science, considère toute la théorie de la classification comme comprise dans les trois divisions suivantes: 1° Appréciation de l'importance relative attachée aux organes comparés entre eux 2° Connaissance de toutes les circonstances qui peuvent égarer l'observateur relativement à la véritable nature de chaque organe. 3° Appréciation de l'importance attribuée à chacun des points de vue sous lesquels on peut considérer un organe.

Comme ces observations sont générales et applicables à tous les sujets auxquels une méthode est adaptée, nous les passerons en revue l'une après l'autre aussi brièvement qu'il nous sera possible.

L'importance de la première considération sera aisément démontrée. Une classification naturelle, comme nous l'avons souvent répété, dépend de la quantité des caractères: mais chaque caractère ne possède pas une valeur égale; au contraire, il n'est important qu'autant que l'organe d'où il dérive est essentiel à la vie des individus. Il est donc d'un grand intérêt de déterminer l'importance relative des organes, et les lois par lesquelles on doit l'apprécier; ce qu'on a fait avec la plus grande précision pour la botanique: mais malheureusement, ces lois ne sont applicables à aucune autre science, puisque nulle autre ne possède exactement comme elle les mêmes rapports dans ses parties, ni tout-à-fait les mêmes dispositions dans son existence.

Dans la disposition des êtres organisés, il est de règle générale de juger des objets, non d'après leurs fonctions, mais par les organes qui les exécutent, à moins cependant que les organes eux-mêmes ne puissent être appréciés; mais dans les autres sciences, l'exception devient la règle. En dermatologie, par exemple, c'est toujours la fonction malade qui doit fournir le caractère, puisque généralement, pour ne pas dire toujours, nous sommes incapables d'apprécier le changement organique qui le produit. Nous en avons pour preuve la différence qui existe entre la pustule *syphilitique* et la pustule *variolique;* mais les modifications particulières et organiques dont ces variétés dépendent sont probablement au-dessus de notre intelligence.

Cependant, dans l'intérêt de la généralisation, nous parlerons des lois qui président à l'appréciation des caractères, quand nous traiterons des organes ou des fonctions d'où ils sont tirés. Le grand moyen dont Jussieu se servit pour évaluer l'importance relative d'un caractère, fut d'abord de prouver sa constance: il prouvait la valeur d'un caractère par un arrangement méthodique dans son existence plus ou moins constante; car, après une foule d'examens et de comparaisons, il finit par établir que les caractères les plus constans sont ceux qui sont tirés des parties les plus essentielles, et qui, en même temps, sont offerts par le plus grand nombre de plantes.

On aurait tort de conclure de là, comme l'ont fait quelques personnes, que l'universalité est une preuve d'importance: les organes de la reproduction appartiennent, il est vrai, à la botanique et à la zoologie, que l'on doit considérer comme deux branches de la même science; mais ces organes, dans l'une et dans l'autre, présentent une importance relative bien différente comme caractères.

En botanique, les organes de reproduction servent comme base du système, au lieu qu'en zoologie on préfère constamment ceux d'assimilation. Dans les autres sciences qui ne sont pas liées aussi naturellement que celle-ci, l'erreur devient encore plus sensible; car, si dans un certain nombre de genres et d'espèces, nous trouvons des caractères assez importans pour constituer une famille naturelle, ces mêmes caractères, dans d'autres genres, perdront tellement de leur importance qu'ils deviendront insuffisans pour établir une espèce.

C'est ainsi que l'invasion d'une fièvre générale et le développement successif d'une éruption sur la peau constituent, pour le groupe des *dermatoses xanthémateuses*, des caractères certains et essentiels, tandis que dans l'ordre des *dermatoses scabieuses*, ces mêmes phénomènes seraient regardés comme de purs accidens. Cette circonstance n'est cependant pas une objection assez importante contre l'application d'une méthode naturelle aux *maladies de la peau;* car cela arrive aussi en botanique dans l'établissement des genres de quelques familles; par exemple, dans les *ombellifères*, le caractère générique serait insuffisant pour distinguer les espèces d'une autre famille.

Ainsi donc, en étudiant les maladies avec l'intention de les

réunir en familles naturelles, nous dirons que leurs caractères n'ont d'importance que selon leur évidence dans une famille; que par les rapports que les symptômes d'où ils émanent ont avec la vie des individus, que par la manière dont ces symptômes s'étendent aux autres parties de l'organisation, que par les sympathies constitutionnelles qu'ils produisent, que par la manière dont ils respectent la formation des changemens organiques et permanens, que par l'altération visible des formes et de l'apparence qu'ils opèrent, par la modification qu'ils établissent dans les principes du traitement, par la manière dont ils affectent les sensations du malade; enfin, par les rapports qu'ils ont avec les causes de la maladie.

La seconde partie de la théorie de la classification, ou la connaissance des circonstances qui peuvent égarer l'observateur relativement à la véritable nature de organes, est de la plus haute importance en histoire naturelle. Ces circonstances s'appliquent principalement à l'excès ou au défaut de développement, qu'il soit congénital, ou qu'il survienne dans une période d'existence plus reculée : elles renferment aussi tous les changemens opérés dans la forme ou dans la structure, par le climat, le sol, la nourriture, la culture et les effets de la maladie, autant qu'ils peuvent modifier la nature ou l'apparence des plantes ou des animaux. Une personne qui n'a pas étudié ces circonstances a peine à croire aux altérations variées et importantes qu'elles produisent, même dans les organes les plus essentiels.

Les circonstances qui peuvent égarer le médecin observateur sont celles qui concernent l'âge, le sexe et le tempérament de l'individu affecté, les *idiosyncrasies* dont son organisation est susceptible, la période de la maladie et le traitement qu'on lui a fait subir, ainsi que plusieurs autres circonstances qu'il est très essentiel qu'un médecin naturaliste connaisse. Il serait impossible d'énumérer les erreurs qui peuvent provenir de l'ignorance de ces circonstances; il suffit de dire qu'on se tromperait dans les anomalies des espèces nouvelles; que les lois les plus importantes seraient supposées transgressées par le fait, et qu'au contraire toutes ces circonstances une fois bien comprises, elles fourniraient en leur faveur les argumens les plus inébranlables.

La troisième et dernière division de M. De Candolle sur la théorie concernant l'importance relative des points de vue sous lesquels on peut considérer un organe (ou caractère), quoique renfermant des propositions d'une grande valeur à l'égard de la classification appliquée aux plantes et aux animaux, n'est pas aussi essentielle dans son application aux autres sujets. Par exemple, la position relative ou absolue des organes, qui fournit des caractères si importans dans la botanique, est une considération tout-à-fait inapplicable à la minéralogie ou à la chimie. Mais nous allons passer outre sans étendre plus loin nos remarques: ainsi donc, après avoir esquissé très brièvement et très imparfaitement les principes de la classification naturelle, et quelques-unes des modifications auxquelles ces principes doivent être soumis pour être applicables aux autres sciences, nous poursuivrons nos recherches.

Sous quelles conditions ces principes sont-ils applicables? M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire nous épargne la peine de résoudre cette question; car, dans son ouvrage intitulé *Histoire des Anomalies de l'organisation*, il a établi des propositions qui, selon lui, renferment toutes les conditions nécessaires; il en fait l'application aux monstres, mais dans des termes si généraux et si abrégés, que *mutatis mutandis*, ces propositions ne sont valables pour aucune des sciences auxquelles il serait désirable qu'elles fussent appliquées.

Nous les adopterons cependant sans hésiter, rassurés autant par l'excellente autorité d'où elles émanent, que par la conviction où nous sommes, que tout sujet remplissant ces conditions est de toutes les manières adapté à une classification naturelle.

*Voici ces propositions :*

1° Les modifications du tissu dermatique qui méritent réellement le nom de *maladie de peau*, sont soumises à des lois certaines et précises.

2° Ce ne sont pas tout-à-fait des affections locales, mais elles sont ordinairement suivies de certaines modifications dans les autres parties de l'économie, de telle sorte que les unes paraissent être la cause des autres, ou qu'au moins elles ont entre elles quelque connexité.

3° La même maladie de la peau se remarque chez plusieurs individus, de telle sorte qu'il existe entre celles-ci, non-seulement une parfaite analogie, mais une identité pareille à celle des êtres de la même espèce du règne animal ou végétal (1).

Toutes les fois que se trouvent réunies les conditions exprimées par les trois propositions que je viens de rappeler, une méthode naturelle est possible et utile, et l'on peut appliquer les formes et les principes des classifications zoologiques et botaniques: il ne nous reste plus qu'à prouver que ces conditions sont remplies par les *dermatoses*.

Quiconque a étudié les phénomènes pathologiques avec attention, ne peut nier que les maladies de la peau, ainsi que toutes les autres affections du corps humain, obéissent à des lois certaines et précises, quelle que soit d'ailleurs la difficulté que l'on éprouve à déterminer ces lois. Nous sommes très disposés à admettre que les exceptions de ces lois sont ici plus fréquentes que dans les autres sciences

(1) *Histoire générale et particulière des Anomalies de l'organisation*, par M. Isidore G.-Saint-Hilaire. Paris, 1832, tome Ier, page 104 La troisième proposition est ainsi conçue dans l'original: « La même monstruosité se reproduit ordinairement chez plusieurs individus, en sorte qu'il existe entre ceux-ci une analogie et souvent même une ressemblance frappante, et qu'ils peuvent être considérés comme formés sur le même type. » C'est la seule proposition dans laquelle nous ayons altéré l'esprit de l'original, et nous nous sommes hasardés à le faire, parce que les maladies de la peau sont entièrement adaptées à cette application que nous avons limitée, et parce que nous avons quelques doutes sur la manière de classer par analogie seulement. On ne doit pas se figurer que nous soyons du même avis que l'auteur sur l'application de ces principes et conditions dans l'arrangement des monstres. Nous avons déjà traité cette question (Ed., *Med. and Surg. Journal*, octobre 1831), et nous avons émis l'opinion que les monstruosités ne peuvent pas être adaptées à une classification naturelle, opinion dans laquelle nous sommes confirmés par les dernières observations que nous avons faites à ce sujet.

auxquelles la classification naturelle a été appliquée, mais nous ne pouvons nous empêcher de penser que plusieurs circonstances, considérées comme exceptions, devraient être plutôt attribuées à l'ignorance de l'observateur qu'à une aberration de la nature.

Depuis que l'étude de l'anatomie pathologique a fait faire tant de progrès à la science médicale, combien sont devenues rares ces maladies miraculeuses qui étonnaient et embarrassaient nos ancêtres; combien, dans les maladies, les phénomènes les plus extraordinaires nous paraissent simples et réguliers quand ils sont étudiés avec soin et expliqués par un savant pathologiste; et combien, au contraire, le symptôme le plus ordinaire se dénature et devient incompréhensible quand il est ridiculement préconisé par l'imposante solennité d'un ignorant empirique!

Les progrès de la science diminueront les anomalies; et ces progrès sont déjà suffisans pour établir un principe de régularité dans les maladies du corps humain.

Celui qui a observé l'inflammation active, la suppuration prompte, et la guérison finale du *furunculus vulgaris*; celui qui a surpris le développement insidieux du *carcinus*, sa marche lente, mais assurée, sa fin terrible quand on l'abandonne à lui-même; celui qui a une fois seulement observé les degrés de la *variole*, la fièvre qui la précède, son éruption au quatrième jour, sa maturation entre le huitième et le onzième, sa dessiccation au quatorzième; celui-là, dis-je, peut-il nier que les maladies de la peau obéissent à des lois fixes et certaines?

Il n'est pas sans importance de rappeler ici qu'il s'agit d'une classification naturelle, que les maladies de la peau ne sont pas tout-à-fait des affections locales: nous n'avons pas besoin de nous appesantir sur cette proposition, puisque nous en avons des preuves si convaincantes et dans l'irritation constante des *dermatoses eczémateuses*, dans la fièvre qui précède les *exanthémateuses*, dans les changemens morbides qui causent les *hémateuses*, et l'altération profonde de tout l'organisme dans les dermatoses *cancéreuses*, *lépreuses*, *véroleuses*; mais nous devons cependant accorder à cette considération toute l'importance qu'elle mérite quand il s'agit de l'appliquer à une méthode, puisque les symptômes constitutionnels forment quelques-uns des caractères les plus importans et les plus constans. Dans les *dermatoses exanthémateuses*, le mouvement fébrile qui précède l'éruption peut être regardé comme formant le caractère essentiel du groupe; dans les *dermatoses véroleuses*, qui forment un groupe si naturel qu'on peut lui comparer les familles des *graminées*, des *ombellifères*, des *légumineuses*, l'éruption cutanée prend presque toutes les formes dont le tissu est capable; mais ses causes constitutionnelles sont les mêmes, les effets qui proviennent d'un traitement vicieux sont les mêmes, et à toutes ces maladies sont applicables les mêmes principes de traitement. Après toutes ces preuves, devrait-on accorder la moindre attention à l'homme qui se refuserait à l'évidence de l'utilité d'une méthode naturelle (1)?

(1) Consultez avec attention le discours préliminaire placé par M. le professeur Alibert à la tête de sa *Monographie des Dermatoses*.

La troisième et dernière proposition, savoir que la même maladie de la peau se répète dans plusieurs individus, nous semble aussi digne d'être démontrée que les deux autres. Il est possible que quelques hommes, qui par la constitution de leur esprit, semblent être incapables de comprendre les relations et les affinités, et dont toute l'attention est dirigée sur de mesquines divisions, puissent dire, par opposition, que les idiosyncrasies produisent des changemens si grands et si importans dans l'aspect de la maladies, que la formation d'une espèce est impossible et même celle d'un genre douteuse: nous ne répondrons à leurs argumens qu'en nous en rapportant à tout botaniste intègre, à qui nous demanderons si les variétés du climat, du sol, de l'exposition et de la cultures n'opèrent pas une modification dans la forme et l'aspect des végétaux, comme le font les *idiosyncrasies* dans les *dermatoses*. Combien de fois un étudiant en botanique n'est-il pas trompé par ces variétés, puisque le maître lui-même se trompe quelquefois? Nous ne devons donc pas nous étonner qu'un médecin, qui est bien moins accoutumé qu'un botaniste à une précision philosophique dans ses observations et ses déductions, soit également sujet à commettre des erreurs. L'un pourra quelquefois constituer comme espèce nouvelle une simple variété, et l'autre donnera des noms différens aux maladies, selon qu'elles se montrent chez des individus d'une constitution différente. Mais ces erreurs viennent plutôt de la classification elle-même que des sujets auxquels elle est appliquée.

Après avoir assez prouvé la possibilité d'appliquer les principes de la classification naturelle aux maladies de la peau, il ne nous reste plus qu'à comparer les mérites des deux méthodes appliquées jusqu'ici à cette étude. En traitant de l'arrangement artificiel, nous soumettrons entièrement nos observations à celle de Willan, parce que nous la considérons comme la seule qui puisse disputer la palme à celle de M. Alibert. Quant aux divisions des maladies en chroniques ou aiguës, en maladies de la tête et du corps, en celles tout-à-fait locales, et celles qui dépendent de causes constitutionnelles, partout on trouve le même défaut que dans la classification artificielle, qui ne considère qu'un seul caractère; mais de plus, elles méritent le reproche de ne pas avoir fait un si bon choix que lui.

Plenck, le premier, proposa la division des maladies de la peau d'après leurs apparences extérieures; mais c'est à Willan qu'on doit d'avoir réduit ce système à une forme applicable et tangible: il observa les formes primitives et variées des éruptions auxquelles la peau est sujette. Il remarqua qu'elles formaient un des caractères les plus saillans, et il développa cette observation avec beaucoup de sagacité dans des définitions si précises et si faciles à saisir, qu'une étude préliminaire très médiocre suffirait pour en faire l'application. Le médecin anglais prit donc les lésions élémentaires pour base de sa classification, comme Linnæus avait adopté pour la sienne les organes générateurs des plantes. Son but unique paraît avoir été de fournir une table aux maladies cutanées, et certes, sous ce rapport, il est allé beaucoup plus loin qu'on ne l'avait fait jusque-là: élevé à l'école de Linnæus, Willan n'avait sans doute jamais eu d'autres idées sur les bases d'une clas-

sification, que celles qu'il proposa lui-même; aussi faut-il qu'il ait possédé à un haut degré les qualités des naturalistes, pour avoir choisi, comme il l'a fait, des caractères si bien adaptés, qu'ils feront vivre pour les maladies de la peau, comme pour la botanique, la méthode artificielle long-temps encore après qu'on aura prouvé combien sont erronés les principes sur lesquels elle repose.

Nous allons d'abord chercher à savoir jusqu'à quel point ce système remplit l'intention de son auteur, qui le regarde comme un moyen aisé et certain de reconnaître toutes les affections cutanées : l'expérience d'un étudiant nous fournit pour cela le meilleur texte.

Supposons-nous commencer l'étude des maladies de la peau, avec l'*Abregé* de Bateman dans les mains; excepté dans un cas tout-à-fait particulier, comme par exemple dans celui où nous pourrions observer la maladie dès son début, il serait rare que nous pussions la nommer sans le secours d'un œil plus expérimenté. Qui peut en effet prévoir les mille circonstances capables de détruire la forme primitive de l'éruption, et par conséquent de rendre nul le caractère qu'elle pourrait offrir pour sa détermination? Qui, d'ailleurs, n'a pas souvent été trompé par des modifications provenant soit des constitutions particulières, soit d'un traitement préalable, ou bien encore par le frottement des habits, le grattement des malades, et mille autres circonstances qui paraissent de peu d'importance, et qui demandent cependant pour leur appréciation un œil observateur et bien exercé.

Une objection encore plus sérieuse naît de l'inconstance du caractère sur lequel ce système est fondé : nous avons déjà dit que, dans les maladies de la peau, il n'existe aucun caractère constant; nous démontrerons maintenant les variétés auxquelles les caractères de Willan sont eux-mêmes sujets, et de cette manière nous prouverons l'insuffisance de toute classification artificielle pour les maladies de la peau.

L'éruption peut aussi changer de nature et de caractère dans le cours de son développement : le cas le plus ordinaire est celui où une vésicule, par l'augmentation de l'inflammation qui rend sa base dure et tachée, renferme un fluide blanc et opaque au lieu d'un liquide transparent et incolore, et devient alors une véritable pustule. Ce phénomène se rencontre si souvent que ceux qui ont suivi le système anglais ne peuvent manquer de l'avoir observé et d'en avoir été embarrassés au premier abord. La papule, quoique changeant plus rarement sa forme, peut aussi renfermer une certaine quantité de *sérum*, et prendre ainsi la forme d'une vésicule. Bateman observe que dans les trois premières espèces de *lichen* de Willan, la forme papuleuse est souvent perdue, et qu'on trouve alors celle du *psoriasis* (1); tandis que dans la quatrième espèce, le *lichen agrius*, la forme peut revêtir celle d'une affection pustuleuse chronique, comme l'*impetigo*.

L'inflammation prompte et étendue de la peau produit souvent, comme on le voit dans l'érysipèle, de larges *bulles*, et dont la largeur est du reste en rapport avec l'intensité de l'inflammation : ce phénomène est si ordinaire, qu'il a déterminé Willan à placer l'érysipèle parmi les *bulles*, quoique ses disciples l'aient rangé parmi les *exanthèmes*.

Après avoir démontré que le caractère de l'éruption n'est pas constant, puisqu'il est sujet à changer son apparence pendant les progrès de son développement, nous allons citer encore quelques exemples qui prouveront que le caractère ne peut pas être pris comme base d'une classification, puisque l'on observe souvent une ou plusieurs éruptions en même temps, sans que pour cela ces éruptions produisent aucune modification importante dans la nature de la maladie. La gale est l'affection dans laquelle on peut le plus souvent faire cette remarque. Nous nous rappelons en avoir observé un exemple bien remarquable à l'hôpital d'Edimbourg, à l'époque où nous y occupions la place de clerc de clinique, sous feu le docteur Duncan. Dans ce cas extraordinaire, tout le corps présentait à la fois des papules, des pustulles et des vésicules.

Bateman, dans son *Abrégé*, place au rang des pustules cette terrible maladie qui a tant d'affinité avec les dermatoses pustuleuses, vésiculeuses et papuleuses, et qui semble braver toute tentative de classification artificielle. Quelques auteurs placent la gale au rang des vésicules, tandis que d'autres l'ont mise au nombre des dermatoses papuleuses. Ayant eu fréquemment l'occasion d'observer cette affection dans les hôpitaux de Dublin et d'Edimbourg, je dois avouer que je préfèrerais cette dernière classification : sa ressemblance avec le prurigo, que l'on doit indubitablement regarder comme affection papuleuse, paraîtrait confirmer mon opinion.

Le genre appelé *melitagra* par M. Alibert, *impetigo* par Willan, et classé, par l'un dans les affections *vésiculeuses*, par l'autre dans les affections *pustuleuses*, présente si souvent ces deux éruptions en même temps, que ce serait en vain qu'on voudrait les distinguer par ce seul caractère : Bateman lui-même dit que, comme la gale, elles varient tant dans leurs phénomènes, qu'elles semblent défier toute tentative de classification.

Il faut observer que ces exemples ne sont pas choisis comme des exceptions rares à la règle générale; ils se montrent, au contraire, assez fréquemment pour présenter des difficultés perpétuelles à celui qui suit strictement un système artificiel. Nous pensons que Willan et ses successeurs sont tombés dans une autre erreur, celle d'avoir classé la variole parmi les pustules. L'éruption qui caractérise la *variole*, la *vaccine*, et, jusqu'à un certain point, la *varicelle*, est facile à reconnaître, en ce qu'elle est multiloculaire, composée de plusieurs cellules pareilles aux capsules de quelques plantes, et son histoire tout entière, ainsi que son anatomie, présentent beaucoup de signes qui la séparent manifestement de la classe des vraies pustules. Le vulgaire, dont le savant tire quelquefois des observations justes, a toujours, en Angleterre, distingué cette forme éruptionnelle par le nom de *pox* (pustule de vérole), et nommé les maladies qui lui ressemblent. *small pox* (petite vérole); *cow pox* (vérole de vache), et *chicken* ou *swine pox* (vérole de poulet ou de porc). Le docteur Macarthney, dans sa classification des maladies de la peau d'après leurs genres et leurs ordres naturels

(1) On doit observer qu'en parlant de la méthode de Willan, nous avons toujours fait usage de sa nomenclature; dans tous les autres cas celle de M. Alibert est préférée.

qui fut suivie dans ses leçons à l'université de Dublin, a formé un ordre appelé *varicodes ;* cet ordre, parfaitement caractérisé, comprend la *variole*, la *vaccine* et la *varicelle*.

Ces maladies présentent néanmoins trop de rapports avec les exanthèmes pour qu'on puisse être excusable de les en séparer. Ces trois affections, y compris le *clavus* de M. Alibert (maladie inconnue en Angleterre, et dont nous croyons nos moutons affranchis), pourront très bien figurer dans une subdivision du groupe des dermatoses exanthémateuses (1).

Nous allons maintenant indiquer les nombreux inconvéniens qui résultent de l'application d'un système artificiel aux maladies de la peau, en passant en revue chaque ordre en particulier, et ne faisant cependant qu'appuyer légèrement sur les principales imperfections.

Le premier ordre de Willan est celui des *papules*, comprenant les genres *strofulus*, *lichen* et *purrigo*. Le seul inconvénient de quelque conséquence ici, est la séparation qu'on établit entre le *prurigo* et la *scabie*, malgré les différens points de ressemblance qui existent entre ces affections.

L'ordre suivant, celui des *squammes*, ne manque pas d'anomalies. L'*ichtyose*, dans plusieurs, ou plutôt dans tous ses caractères importans, comme sa complication dans tous les tissus de la peau, son hérédité, son origine *congéniale*, sa durée ordinaire, qui est de toute la vie, la conservation des fonctions les plus importantes, et jusqu'aux différences de ces caractères extérieures, cette maladie, dis-je, est très éloignée des autres genres de cet ordre, tels que le *phtyriasis*, le *psoriasis*, la *lèpre*. D'un autre côté il y a, dans sa classification, des dermatoses bien éloignées de celles dites *squammeuses*, et qui ont cependant tant de points de ressemblance avec elles, que ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on peut les distinguer quand elles sont arrivées à leur dernière période, puisque quelques-unes de ces maladies ont la forme de l'*eczéma*, de l'*impétigo* et du *lichen* de Willan, affections que M. Alibert a réunies avec raison dans son vaste genre *herpes*.

(1) L'usage immodéré des termes, qui a conduit à ces erreurs, ne peut être trop sévèrement blâmé; Linneus fit plus pour la botanique par l'exacte définition des termes de cette science que par tout autre cause; et si Willan avait négligé son dessein pour ne s'attacher qu'aux noms exprimant la forme primitive de l'éruption, il eût été placé parmi les bienfaiteurs de la dermatologie. Dans l'école française, l'abus du mot pustule est encore bien plus grand. La syphilide pustuleuse semble renfermer toute forme possible d'éruption cutanée primaire, et la pustule muqueuse, dont nous avons si souvent entendu parler, est encore bien plus indéfinie; elle est appliquée à toute espèce d'élévation sur la peau et qui sécrète un fluide. L'emploi de ce dernier terme semble être venu, non-seulement d'une croyance de l'analogie, mais de l'identité absolue qui existe entre le tissu dermatique et le tissu muqueux, et de la possibilité de convertir l'un en l'autre en changeant simplement les circonstances. Mais on doit avouer que la peau et la membrane muqueuse n'ont pas plus de rapports entre elles que les plantes n'en ont avec les animaux; là où ces membranes se rapprochent comme aux orifices naturels, l'organisation de chacune est tellement modifiée, qu'il est impossible de dire où l'une finit et où l'autre commence. Il en est même des plus hautes plantes avec les plus petits zoophytes.

C'est surtout dans son application aux affections *exanthémateuses* que le système artificiel se montre défectueux; ainsi, les première, deuxième et quatrième espèces, *rubéole*, *scarlatine* et *roséole*, ont entre elles des caractères communs très importans, telles qu'une fièvre primitive, une grande régularité dans le cours de l'éruption et dans sa terminaison, ce qui fait qu'on pourrait très bien les classer dans la même famille; mais la troisième espèce, l'*urticaire*, se distingue des autres par les causes qui la produisent, par sa marche irréguliere, et par son peu d'importance.

Après ces maladies vient le *purpura*, affection toute particulière, n'ayant aucun rapport avec celles au milieu desquelles elles se trouve, et paraissant être plutôt une maladie du sang que de la peau. Dans un exemple fort remarquable de cette affection qui se présenta à l'hôpital d'Edimbourg en 1830, et qui fut traité par le docteur Grahaw, la maladie fit de rapides progrès, et entraîna bientôt le malade : alors nous pûmes observer sur la muqueuse gastro-intestinale, et, s'il est possible, d'une manière encore plus prononcée, les mêmes altérations que sur le tégument extérieur. Aussi, le docteur Macarthney a-t-il exclu cette affection de la classification, la regardant comme une maladie à part, et qui, par aucun de ses caractères, ne justifie la place qu'on lui avait assignée. Willan a placé le *purpura* à côté de l'*érythème*, affection légère, et qui n'offre, pour tout caractère commun, que quelques taches à la surface de la peau.

Du reste, il nous suffira de jeter les yeux sur les auteurs de méthodes artificielles, pour se convaincre que rien ne les justifie. Les inconvéniens sont manifestes; ainsi, placer la variole dans un ordre, mettre dans un autre la varicelle, la vaccine et la miliaire (1), dans un troisième la *rougeole* et la *scarlatine*, n'est-ce pas séparer ce que la nature a uni le plus étroitement, rompre les liens de relation les plus intimes, désunir enfin l'harmonie elle-même ?

Le quatrième ordre de Willan est celui des bulles : cet ordre renferme l'*érysipèle*, le *pemphix* et le *pompholix*. Le caractère distinctif de la première de ces affections est purement accidentel, et n'a pas la moindre influence sur sa marche ou sur sa terminaison Cette considération n'est cependant pas suffisante pour l'exclure de sa place dans une classification artificielle, puisque ce caractère, par suite de sa fugacité, l'empêcherait toujours d'être placé parmi les *exanthèmes* de Willan. Nous ne dirons rien du *pemphix*, dont l'existence paraît douteuse à Bateman lui-même.

Le *pompholix* alors se trouve à côté de l'érysipèle, et si l'on avait eu l'intention de placer dans la même classe

(1) La miliaire que nous désignons n'est pas cette petite maladie symptomatique dont Bateman a parlé, mais la miliaire de M. Alibert, la miliaire des premiers temps, comme l'a décrite Hamilton, avec sa fièvre primitive, son éruption singulière, sa terminaison et sa ressemblance avec la variole, la rubéole, et enfin tous les caractères d'une maladie exanthémateuse. (Voyez la Monographie des Dermatoses de M. Alibert, 1832, p. 252, et *Tractatus de febre miliari seu vesiculari*, auct. David Hamilton, publié avec les ouvrages de Sydenham : Genève, 1716.)

deux affections, malgré le contraste que présentent leurs caractères essentiels, il serait difficile de concevoir une classification dont les intentions soient mieux remplies. L'une de ces affections est caractérisée par une inflammation vive, une tumeur dure et douloureuse, et quelquefois une éruption de bulles ; l'autre a bien aussi l'éruption bulleuse, mais sans fièvre et sans aucune apparence d'inflammation (1).

L'ordre des *pustules* renferme quelques-unes des maladies les plus importantes, mais qui, par la manière confuse dont elles ont été mêlées, sont très difficiles à étudier et à bien apprécier. La première semble être l'*impetigo*, maladie qui serait difficile à reconnaître si nous nous attachions spécialement au genre de son éruption, puisqu'elle perd généralement la forme pustulaire pour prendre celle d'une croûte avant que nous ayons pu l'observer. Parvenue à cette période, elle présente ordinairement les mêmes apparences, subit les mêmes changemens, exige le même traitement que l'*eczéma vésiculeux*, auquel elle ressemble alors.

L'affection locale et particulière produite sur les mains et les bras de certaines personnes sujettes au contact fréquent de substances irritantes, comme les épiciers, les maçons, les boulangers, etc., a été regardée par Bateman comme étant *impétigineuse* chez quelques individus, et *eczémateuse* chez d'autres.

Combien est arbitraire le choix d'un caractère si peu constant et si peu important ; pour montrer plus clairement la *similarité* réelle qui existe entre ces deux affections, nous pouvons affirmer avoir vu que la même maladie, à laquelle on donne dans notre pays le nom d'*impetigo*, est appelée *eczéma* par plusieurs médecins français qui suivent la nomenclature de Willan.

Les espèces suivantes de cette classe, auxquelles on a donné le nom générique de *porrigo*, comprennent toutes les teignes des anciens auteurs. Ces maladies présentent rarement de véritables pustules, et plusieurs recherches ont prouvé que leur forme primitive est loin d'être toujours la même (2) ; mais bien des caractères font de ces dermatoses une classe à part, comme l'époque de leur invasion, leur guérison spontanée à la puberté, l'état particulier de la constitution dont elles paraissent dépendre, et le lieu qu'elles occupent constamment.

L'*ectyma*, la *variole* et la *scabie* se trouvent encore réunies dans la classification de Willan. La première éruption, purement symptômotique, et n'ayant que très rarement besoin du secours de la médecine, se trouve placée à côté d'une des plus graves et des plus fatales de ces affections constitutionnelles, laquelle à son tour est suivie d'une dermatose tout-à-fait locale, jamais dangereuse, mais peut-être une des plus désagréables qui puissent affliger l'espèce humaine. Quelle confusion ! quelle preuve évidente des inconvéniens d'une classification artificielle appliquée aux maladies de la peau ! Dans l'ordre des vésicules, les anomalies les plus frappantes sont la présence de la *varicelle*, de la *vaccine* et de la *miliaire*. Les deux premières, comme nous l'avons déjà dit, sont caractérisées par la varice, et non par une pustule ou vésicule. Il est plus que probable (et c'est là l'opinion des professeurs d'anatomie pathologique de l'université d'Edimbourg) (1) que la varicelle n'est qu'une espèce de variole, et si cela est effectivement, nous avons la monstrueuse anomalie de deux espèces du même genre placées dans des classes différentes. Cet exemple, comme beaucoup d'autres, nous fait voir que les systématiques eux-mêmes ont été si frappés du pouvoir des affinités naturelles, qu'ils ont placé malgré eux la vaccine à côté de la variole, tout en avouant qu'ils s'écartaient des règles de leur classification ordinaire.

Dans l'ordre des tubercules, Willan semble avoir réuni un certain nombre de maladies qu'il n'aurait pu placer que difficilement dans ses autres divisions. Depuis, on a découvert que plusieurs d'entre elles avaient, comme caractère primitif, une éruption différente, et c'est avec raison qu'on les a placées dans un ordre différent du système ; mais cela même ne prouve-t-il pas avec quelle attention on doit s'éloigner de toute classification artificielle, puisque Willan, ce praticien célèbre, réunit, sous prétexte d'une prétendue similitude dans quelques-uns de leurs caractères les moins importans, le *furunculus*, l'*elephantiasis*, le *lupus*, le *verruca*, maladies si essentiellement différentes ? Nous ne parlerons du dernier ordre, *maculæ*, que pour faire observer qu'il est composé d'affections aussi différentes par leurs caractères extérieurs que par leur structure anatomique.

Ce court exposé suffira pour faire voir clairement les imperfections et les graves défauts de tout système qui repose sur une base purement artificielle. Celui de Plenck, perfectionné par Willan, mérite néanmoins une certaine estime.

D'ailleurs, une remarque ancienne et bien vraie c'est que l'œuvre est beaucoup plus difficile que la critique, et qu'on a bien plutôt trouvé les défauts d'une méthode ancienne et imparfaite, qu'on n'en a fait une nouvelle et meilleure.

La dermatologie a cependant été assez heureuse pour trouver un homme capable d'exécuter cette entreprise difficile : placé dans la position la plus favorable pour l'étude des maladies de la peau, depuis long-temps médecin en chef d'un vaste hôpital consacré à ces affections, dans une des plus grandes villes de l'Europe, où se rendent des malades de tous les coins du globe, où l'on a rassemblé les moyens de traitement les plus variés et les plus recommandables, M. le professeur Alibert, plein de zèle pour les progrès de la science des *dermatoses*, et de ce dévouement indispensable à l'accomplissement des grandes entreprises, vient de dépasser les justes espérances que pouvait faire concevoir un concours de circonstances aussi favorables. Inspiré par le succès qui a couronné les efforts de ses illustres compatriotes, Jussieu et Cuvier, dans leur réduction de l'histoire naturelle à une classification tirée des

(1) Bateman, *op. cit.*, page 139.

(2) Cet maladie (*favus* de M. Alibert, *porrigo* de M. Willan) ne pustule point, comme nous l'avons souvent démontré à nos élèves ; c'est une simple incrustation déprimée dans son centre et qui prend justement la forme des canalicules béans d'où filtre l'humeur sébacée. (*Monographie des Dermatoses*, par M. le baron Alibert.)

(1) Edimbourg, *Med. et Surg. Journal*; 1818.

affinités et des relations des espèces, le célèbre médecin de l'hôpital Saint-Louis a essayé l'application des mêmes principes dans l'arrangement des maladies de la peau. En réunissant les genres qui avaient entre eux le plus de rapports, il en forme des groupes ou ordres naturels, et dans douze groupes seulement il renferme toutes les maladies qui peuvent affecter le tissu dermatique.

La seule circonstance de quelque importance qui fasse différer les principes de cette classification de ceux qu'ont suivis généralement les autres naturalistes, consiste, comme nous l'avons déjà dit, dans le peu de généralité des caractères sur lesquels ces principes sont fondés.

Les *dermatoses eczémateuses*, par exemple, sont caractérisées par une inflammation vive, par la rougeur, par la tension, par des douleurs cuisantes, par la tendance à une résolution prompte et par la présence d'une fièvre consécutive, tandis que les *dyscromateuses* sont caractérisées par une simple modification dans la substance colorante de la peau. Ne voyons-nous pas également en botanique des familles beaucoup plus naturelles que d'autres, quelques-unes attendant des modifications, tandis que la nature semble avoir uni les autres par des liens de relation indissolubles? Il serait impossible, dans le court espace de temps qui nous est donné pour cet essai, d'examiner d'une manière bien exacte chacun de ces groupes en détail.

Nous ne pouvons indiquer toutes les circonstances dans lesquelles ces groupes pourraient être défectueux, ni désigner les exemples sans nombre qui peuvent démontrer leurs avantages: il n'y a que l'étude et la pratique qui pourront montrer la manière dont ces familles suivent le cours de la nature, et comment, par cette classification, ont été réunies les maladies qui offrent des ressemblances naturelles, et séparées celles qui n'avaient de rapport que dans quelques-uns de leurs caractères les moins importans; comment enfin, par la position de genres intermédiaires, se trouvent adoucis les caractères d'un groupe naturel, jusqu'à ce qu'ils soient en harmonie avec ceux qui l'environnent.

Il n'y a qu'une longue étude qui puissent démontrer tous les avantages de cette classification.

On suppose aisément qu'avant d'avoir accompli le grand projet de la formation des groupes naturels, on a dû entreprendre bien des travaux préalables: d'abord, la réforme de la nomenclature, puis l'établissement d'espèces nouvelles, la connexion des anciennes avec leurs variétés et la détermination des genres. Tout cela dut être fait avant d'atteindre le but qu'on s'était proposé en reformant la nomenclature.

M. Alibert a certainement introduit de grandes améliorations; nous ne prétendons pas à une connaissance critique assez grande en médecine, pour dire si c'est le médecin anglais ou le professeur français qui, dans les dénominations, s'est le plus rapproché de la signification primitive des termes employés; mais ce que nous devons dire, c'est que M. Alibert a eu beaucoup de bonheur dans le choix des mots qu'il emploie pour peindre le caractère principal de chaque maladie; et certes en rétablissant le mot *lèpre* pour l'affection cutanée qui se rapproche le plus de celle qu'ont décrite les écrivains hébreux, il a rendu un véritable service à la science, non-seulement aux yeux des *critiques bibliques!* mais encore aux yeux des hommes de lettres et des médecins.

Il nous faudrait beaucoup de temps pour examiner les genres et les espèces, l'origine de leur séparation ou de leur réunion dans la méthode de M. Alibert: aussi nous en référons-nous à l'ouvrage même qu'il a publié sur les *dermatoses*.

Nous allons maintenant faire l'application des principes généraux d'une classification naturelle aux maladies cutanées, et comparer ses avantages à ceux d'une classification artificielle. Nous allons indiquer les objections que l'adoption d'une méthode naturelle peut provoquer, et les avantages qui peuvent en résulter. L'objection la plus sérieuse que fait naître ordinairement la classification appliquée aux maladies de la peau, c'est, comme nous l'avons déjà posé en fait, que ces sortes d'altérations sont difficiles à *individualiser*. Nous avons dernièrement entendu faire une autre objection, c'est que dans la méthode de M. Alibert, il n'y a pas de limites à la formation des espèces ni des groupes, et qu'on pourrait aussi bien en former vingt que douze. Toutes ces objections ne sauraient convaincre celui qui connaît les vrais principes de la classification naturelle; car il doit savoir que la même objection pourrait s'appliquer à une classification de botanique ou de zoologie, quoique dans ces sciences on ait appliqué cette classification avec le plus grand succès.

Un groupe naturel se compose d'un certain nombre de genres différenciés par un caractère important et constant, et qui, par la ressemblance qu'ils ont entre eux, appartiennent plutôt à ce groupe qu'à tout autre. La formation d'un groupe ne doit pas être arbitraire; nous ne voulons pas dire par là que tous soient bien établis, cela serait impossible dans un premier essai, mais bien que quand les principes qui les déterminent sont une fois bien posés, ce n'est que dans des circonstances particulières qu'on doit y apporter des changemens: c'est ce qui peut arriver, par exemple, à des genres qui ne possèdent aucune relation avec les autres, et que M. Alibert a groupés à part sous le nom d'*hétéromorphes*. Mais, si de plus amples recherches finissent par démontrer qu'il y a des affinités entre ces genres et des maladies bien connues, alors on les réunit: et si des observations encore plus étendues faisaient découvrir de nouvelles maladies avec de nouveaux rapports, on finirait par avoir de quoi former un groupe nouveau dans lequel on les réunirait tous.

La seule autre objection qui pourrait être faite, c'est la difficulté que présente la méthode naturelle à un commençant, quand il veut chercher le nom d'une maladie: si la dermatologie était une science aussi vaste que la botanique, nous pourrions regarder cette objection comme importante, et s'appliquant à l'adoption d'une méthode naturelle comme moyen d'acquérir les notions de notre science, en supposant l'étudiant sans secours dans ses recherches, puisque nous ne pouvons pas ici, comme l'a fait Jussieu dans la botanique, choisir des caractères dont on pourrait former un système en harmonie avec la méthode.

Les maladies cutanées comprennent toutes celles qui affectent le tissu dermatique dans toutes ses couches ; c'est sous ce point de vue qu'elles ont été comprises par M. Alibert en douze groupes et environ 50 genres ; et, quoique le commençant puisse être forcé de lire attentivement tous les caractères distinctifs de ce petit nombre de groupes, son travail ne serait pas trop pénible ; ce travail se trouverait même bien abrégé par la composition d'une table synoptique contenant seulement quelques-uns des caractères distinctifs de chaque groupe, et par une autre renfermant les genres disposés dans un ordre similaire. Par ce moyen l'on saisirait rapidement les relations du sujet, la détermination des groupes et des genres ; et le commençant verrait disparaître toutes les difficultés qu'il pourrait éprouver pour mettre cette méthode en pratique.

Celui qui connaît déjà la dermatologie n'a nullement besoin de recourir à de semblables moyens, et une classification tirée des caractères les plus importans sera toujours pour lui la plus aisée et la plus simple.

De grands avantages peuvent donc résulter de l'usage d'une méthode naturelle, puisque cette méthode nous oblige à étudier chaque maladie sous toutes ses formes variées et ses modifications, à désigner ses caractères importans et à les séparer de ceux qui ne sont pas essentiels, à distinguer ceux qui ont une existence constante de ceux qui ne doivent leur origine qu'à des causes accidentelles ; enfin, à envisager tout l'ensemble de la science jusque dans ses moindres détails.

Quand il s'agit d'un système, au contraire, plus nous nous attachons à le perfectionner, plus nous fermons les yeux sur la nature réelle du sujet, plus nous nous attachons à des caractères sans importance, en négligeant les caractères les plus essentiels.

Un autre avantage d'une méthode naturelle, c'est qu'elle nous rend plus certaine et plus facile la connaissance d'un objet. Il ne suffit pas à un médecin de connaître seulement le nom d'une maladie nouvelle qui se présente ; ce nom ne lui sert qu'en l'aidant à acquérir de plus grands renseignemens sur sa nature ; mais il a besoin de connaître son origine, sa cause, sa position, son histoire générale pour arriver au but de son travail, à un traitement sûr et rationnel : une grande partie de ces renseignemens se trouve fournie par la connaissance de la situation qu'une maladie occupe dans une classification naturelle. Si, par exemple, nous observons qu'une maladie est *cancéreuse* ou *lépreuse*, combien nous apprécierons son danger, son opiniâtreté, sa fatale terminaison ; si la maladie est *véroleuse*, cette certitude nous rappellera ses causes, ses progrès, la manière dont elle doit être traitée ; enfin, si cette maladie appartient au groupe des *dermatoses exanthémateuses*, ne voyons-nous pas dans un instant tous ses caractères se dessiner sous nos yeux ?

Quand l'esprit a observé un nouveau fait, la première chose qu'il fait, c'est de le comparer avec ceux qui peuvent lui ressembler davantage. De cette manière, les points de *similarité* sont indiqués ; plusieurs des circonstances qui s'y rattachent sont connues, et un peu plus de réflexion complète l'étude en fournissant les caractères distinctifs. Voilà précisément la route facile et sûre que nous fait suivre une méthode naturelle, quand nous l'appliquons à l'étude d'un sujet quelconque. En étudiant d'après une méthode naturelle, on n'acquiert pas seulement la connaissance des mots, mais encore celle des choses ; en cherchant les uns, on doit nécessairement apprendre les autres ; car, pour obtenir le nom d'une maladie, nous devons étudier celle-ci sous tous ses points de vue.

On doit se rappeler combien il est rare que l'on puisse voir le début d'une maladie cutanée ; combien de fois il arrive que la forme primitive de l'éruption est passée quand on veut l'observer ; alors il devient très difficile de la reconnaître, si l'on n'est pas instruit de tous les changemens qu'elle peut subir dans sa forme ; la cicatrice cependant doit, être dans bien des cas, suffisante pour indiquer l'affection qui la précède, et on doit attendre cet indice de son utilité pratique. Par exemple, tous les médecins ne s'attachent-ils pas à reconnaître les cicatrices de la vaccine ? Les cicatrices de la *chilide serpigineuse* ne sont pas marquées moins évidemment et ne sont pas moins importantes à connaître, puisqu'elles nous font voir que la constitution du malade a souffert une atteinte de ce mal sous ses formes les plus terribles. Je pourrais à l'infini accumuler de semblables exemples ; mais ceux-ci, je pense, doivent suffire.

Par l'emploi de cette nouvelle méthode, les circonstances importantes qui, dans tout autre cas, passeraient inaperçues, sont mises en évidence, et les affections qui pourraient ne pas être remarquées sont révélées distinctement. « Les genres étant groupés entre eux suivant » leur affinité naturelle, une multitude de rapports, » jusqu'alors inaperçus, se révèlent à nous ; les faits sont » élevés à toute leur valeur, des suppositions encore douteuses peuvent être jugées et définitivement rejetées ou » admises ; une découverte faite dans un genre est facilement étendue aux genres voisins ; et l'analogie dont » il nous devient permis d'invoquer le secours, dirige, » éclaire, féconde nos observations (1). »

Il ne faut pas considérer comme de peu d'importance la considération qui faisait si ardemment désirer à Sydenham l'adoption d'une méthode naturelle pour les maladies. *Ut certa aliqua et consummata indèque ac fixa methodus medendi in publica commoda tradatur.* Mieux on connaît une maladie, et plus on pourra la traiter avec succès ; des traitemens rationnels succèdent à des remèdes empiriques, et la médecine, cessant d'être regardée comme une science purement conjecturale, occupera le rang distingué que lui méritent les services qu'elle rend à l'homme.

Nous regrettons que le manque de temps nous empêche de développer plus clairement les avantages qui résultent de l'adoption des principes d'une classification naturelle appliquée aux maladies de la peau, nous ne voudrions pas qu'on supposât que nous regardons la classification adoptée par M. Alibert comme exempte de toute imperfection : les méthodes de Jussieu et de Cuvier n'ont-elles pas elles-mêmes déjà subi plusieurs modifications ? elles en subissent encore journellement, et elles en subiront tant que nos connaissances feront des progrès sur les sujets dont

(1) *Histoire des anomalies de l'organisation ;* par Geoffroy-Saint-Hilaire.

elles s'occupent. Supposer que quelqu'un pourrait réussir par ses seuls efforts à former une méthode parfaite dans une science, quand de tels hommes n'ont exécuté qu'une simple ébauche dans celles auxquelles ils se sont dévoués, serait un compliment absurde et nécessairement désagréable. C'est cependant à M. Alibert qu'appartient la gloire d'avoir posé les fondemens, dessiné les plans, et presque érigé cette belle construction, dont l'achèvement ne peut être effectué qu'avec bien du temps et à l'aide de plusieurs mains.

C'est pour cela que les dermatoses doivent être étudiées dans d'autres pays et parmi d'autres hommes, en s'attachant toujours à bien déterminer la valeur des caractères. Ce n'est qu'alors qu'on atteindra une connaissance plus parfaite des circonstances qui pourraient nous tromper dans nos déterminations, qu'on découvrira de nouvelles espèces, qu'on connaîtra mieux les variétés et les affinités de celles qui existent déjà, et qu'enfin les *hétéromorphes*, à l'aide de rapports dont l'existence était restée cachée, seront réunis en groupes naturels; alors seulement la science des dermatoses sera aussi parfaite que possible. « *Quamvis étiam numerosi in catenâ desint annuli* » *procul dispersi, plures habentur facilè connec-* » *tendi in diversas catenœ partes quæ posthàc di-* » *verso tempore novis annulis intermediis jnnctœ* » *paucioribus sensim spatiis intervacuantibus distin-* » *guentur* (1). »

---

*Du sulfate de quinine uni au tabac, et pris par le nez, dans le traitement des céphalalgies intermittentes;*

Par le docteur D'HUC.

Il y a quelques années, ayant eu à traiter plusieurs cas de céphalalgies intermittentes, et n'ayant pas réussi, dans un de ces cas, avec le sulfate de quinine ingéré dans les voies digestives, bien que je l'eusse donné à doses assez fortes, je me demandai si cette substance, mêlée au tabac et administrée par le nez, n'agirait pas plus directement et plus efficacement sur le cerveau. J'en essayai donc l'emploi chez une dame, dont je joins ici l'observation; et le succès que j'obtins m'a engagé depuis lors à employer plusieurs fois ce moyen qui m'a constamment réussi.

Quinze grains de sulfate de quinine mêlés à une once de tabac pris en cinq ou six jours ont suffi ordinairement pour la guérison.

En 1827, madame Malliard, âgée de cinquante ans, fut prise, au mois de septembre, d'une douleur très vive à la région frontale gauche, qui durait tous les jours depuis midi jusqu'à cinq heures environ. Cette douleur, violente d'abord, se calma au bout de quelques jours, pour reparaître ensuite avec plus d'intensité qu'auparavant. Madame M. était dans cet état lorsqu'elle me fit appeler au bout de trois semaines de souffrances, le 2 octobre.

La santé générale de madame M. n'était point altérée, et le soir et le matin elle pouvait se livrer à ses occupations. Je prescrivis le sulfate de quinine, d'abord en pilules, ensuite dans une potion, sans obtenir de résultats, si ce n'est que l'heure de l'accès changea vers le sixième jour; c'était depuis quatre heures jusqu'à dix que les douleurs devenaient plus fortes.

Le 12 octobre, je prescrivis à la malade un mélange de quinze grains de sulfate de quinine avec une once de tabac, ce qui la débarrassa, dans moins de huit jours, de cette douleur, qui n'est plus revenue jusqu'en 1832. A cette époque madame M. ayant eu un violent chagrin, fut reprise d'une caphalalgie intermittente, qui se présenta avec les mêmes caractères que la précédente, et céda au même traitement.

Je ne donne ce fait que pour prendre date, me réservant d'en publier quelques autres analogues avec plus de détails.

(1) Jussieu, *Genera plantarum*, page xxxvj.

---

## REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Histoire anatomique et pathologique du thymus. — Fonctions du système nerveux. — Expériences comparatives sur la médecine homœopathique et la médecine expectante. — Maladie du général Diebitsch — Dégénérescence des reins. — Traitement par la décoction de Zittmann.

Fr. Chr. Haugsted, M. D., *thymi in homine, ac per seriem animalium descriptio anatomica, pathologica, et physiologica inconibus* 34 *ad naturam delineatis illustrata*, Copenhague, 1832. — L'auteur a partagé son ouvrage en quatre parties. Dans la première, il traite de l'anatomie du thymus dans l'homme et dans les animaux mammifères. Il partage l'opinion de Meckel, qui le considère comme formé par la réunion de deux moitiés symétriques; car souvent ces deux moitiés ne sont réunies sur la ligne moyenne que par du tissu cellulaire. Cette glande existe dans l'enfance de tous les animaux mammifères; Pallas et Prunelle avaient prétendu qu'elle était surtout très développée, ainsi que plusieurs autres, dans les animaux hibernans, et qu'elle prenait un grand développement pendant l'hiver; l'auteur se réunit à M. Jacobson pour assigner une nature différente à un appareil glandulaire situé au cou, sur le dos et sur la poitrine de ces animaux, appareil qui se rapproche il est vrai du thymus, mais qui en diffère par sa position, sa texture, sa couleur et son mode de développement.

Le thymus dans l'homme est ordinairement divisé en 4 - 5 lobes; chacun de ces lobes est formé de lobules qui eux-mêmes se composent de granulations; les lobules sont réunis par du tissu cellulaire, et en les coupant, on reconnaît, à la surface, des taches brunâtres qui apparaissent au microscope comme des cellules; toutes ces cellules com-

muniquent les unes avec les autres par des canaux qui partent de leurs angles. L'auteur nie, contrairement à l'opinion de Meckel, qu'il existe une grande cavité centrale. Ces cellules contiennent chez le fœtus et chez l'enfant une matière muqueuse analogue au lait ou au chyle; c'est dans la neuvième ou dixième semaine après la conception que l'on aperçoit d'abord les premières traces du thymus sous la forme de deux petits corps situés vers la partie supérieure du sternum : leur volume alors est égal à celui des deux poumons. Dans le fœtus de six mois, il touche à la glande thyroïde ; à sept mois, la structure celluleuse est visible, et il contient déjà du liquide. Jusqu'à l'âge d'un ou deux ans le thymus s'accroît mais seulement en volume, parce que ses cellules se développent davantage ; après l'âge de deux ans, les cellules se rétrécissent, et la quantité de liquide qu'elles contiennent diminue; bientôt elles s'oblitèrent, à partir de son extrémité inférieure, et enfin le thymus disparaît entièrement et est remplacé par un paquet de graisse et quelques particules grisâtres qui sont les débris de la glande.

Le thymus ne se trouve pas hors de la classe des mammifères ; les corps que *Morgagni*, *Tiedeman*, *Carus Bojanus* et *Treviranus* ont pris pour cette glande, dans les oiseaux, les tortues, les crocodiles et les serpens, sont de la graisse, ou des glandes bronchiques, et l'*hypothèse de Meckel* qui assimile *la vessie natatoire des poissons au thymus*, paraît très peu probable.

Les maladies du thymus sont enveloppées d'une grande obscurité ; un auteur appelé *Von Kopp* avait décrit sous le nom d'*asthma thymicum* une maladie due à la compression des poumons par le thymus hypertrophié; mais M. *Haugsted* rapporte le cas d'une jeune fille de sept ans, chez laquelle on trouva un thymus pesant cinq onces sans qu'il y ait eu la moindre gêne dans la respiration. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas examiné avec soin cette substance chez les individus où existe la communication des cavités droites du cœur avec les cavités gauches ; il est probable qu'il n'eût rien trouvé, puisque M. Louis ne fait aucune remarque sur cet organe dans ses mémoires sur ce sujet : néanmoins, il serait intéressant de s'assurer s'il n'existe aucune *corrélation* entre le mélange des deux sangs et l'existence du thymus.

Après avoir rapporté les opinions variées et souvent contradictoires des auteurs sur les fonctions du thymus, l'auteur donne la sienne, qui est en opposition directe avec tout ce que l'on a dit jusqu'ici ; selon lui on a eu tort de considérer le thymus comme un organe appartenant plus spécialement à la vie intrà-utérine, puisqu'il n'atteint son plus haut développement que vers l'âge de deux ans ; et d'après cela il paraît appartenir beaucoup plus à la première enfance, et doit être considéré comme nécessaire aux fonctions de l'enfant à la mamelle. En effet, 1° le thymus se trouve chez tous les animaux qui ont des mamelles, et ne se trouve pas chez ceux qui en sont dépourvus. 2° Ces deux organes entrent en activité à la même époque, les premières années de la vie extrà-utérine. Chez l'enfant, la nutrition se fait d'une manière particulière, car le lait est une espèce de chyle préparé d'avance. 3° Le thymus communique par des vaisseaux lymphatiques avec le conduit thoracique. 4° Les autres organes préparateurs de la digestion, les dents, les glandes salivaires *mézaraïques*, n'acquièrent que plus tard leur plus grand développement.

L'auteur avoue son ignorance sur la manière spéciale dont le thymus concourt à la digestion chez l'enfant ; mais les considérations précédentes lui paraissent devoir irrévocablement rattacher les fonctions du thymus à celles de la nutrition. (*Annales de Hecker. Nov.* 1832.)

II. *Sur quelques fonctions du système nerveux*, par le docteur H. Stannius, de Berlin. — Lorsqu'il fut démontré que la sensibilité et le mouvement étaient deux fonctions du système nerveux, les physiologistes s'efforcèrent de découvrir le siége de ces deux fonctions. Galien distinguait les nerfs suivant leur consistance, et attribuait aux plus durs les fonctions du mouvement, aux plus mous celles du sentiment. Depuis lui, on créa une foule d'hypothèses aussi inconnues que leurs auteurs. Charles Bell avança le premier, en 1811, l'opinion que les nerfs du sentiment et ceux du mouvement avaient des origines différentes, et que ceux qui participaient aux deux fonctions avaient une double racine. *Schaw* et *John Cross* adoptèrent ces idées. En 1818, *Burdach* et *Von Baer* obtinrent sur des grenouilles des résultats tout-à-fait analogues. En 1822, M. Magendie annonça, après avoir fait de nombreuses expériences sur les animaux vivans, que les racines postérieures paraissaient plus particulièrement destinées à la sensibilité, tandis que les antérieures semblaient plus spécialement liées avec le mouvement.

Fodera, Bellingeri, Schops, Becker, Béclard, obtinrent des résultats variables, Jean Müller, Panizza et Seubert confirmèrent d'une manière positive les résultats de Ch. Bell. Les expériences de Tréviranus lui sont moins favorables. J'observai, dit-il, chez toutes les grenouilles auxquelles j'ouvris la colonne vertébrale, que la mort arrivait beaucoup plus vite que lorsqu'on leur enlève tous les organes contenus dans la poitrine et dans le ventre en laissant la moelle épinière intacte; elles étaient prises d'*opistothonos* dès que la moelle se trouvait en contact avec l'air ; et c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer les mouvemens dont elles sont animées, et non pas à la piqûre des racines postérieures ; chaque nerf qui part de la moelle ou du cerveau est à la fois un nerf du sentiment et un nerf du mouvement ; et ceux qui ont été regardés exclusivement comme nerfs du sentiment ne paraissent tels que parce qu'ils ne se rendent à aucun muscle. On voit que ce sujet réclamait de nouvelles expériences. Ayant ouvert avec précaution la colonne vertébrale de plusieurs grenouilles, je m'assurai d'abord si la moelle n'était pas lésée. Cela bien constaté, je coupai 4-5 des *racines postérieures* des nerfs qui se rendent aux extrémités postérieures : les mouvemens n'étaient nullement altérés et l'animal sautait comme auparavant ; mais lorsqu'on piquait ou pinçait l'une des pattes de derrière, rien n'annonçait que l'animal éprouvât la moindre sensation ; lorsque les antérieures étaient coupées sans que les postérieures fussent lésées en rien, alors il y avait paralysie complète du sentiment et du mouvement : on pouvait couper les pattes de la grenouille sans qu'elle manifestât la moindre douleur ou fît

le plus léger mouvement ; mais au moindre contact sur d'autres parties, au moindre ébranlement, l'animal s'agitait pour se soustraire au danger. Ayant conservé une de ces grenouilles pendant trois jours, elle donna des signes de sensibilité au bout de ce temps, et, le sixième, sa sensibilité était non-seulement aussi développée que dans l'état normal, mais semblait encore accrue. Ces expériences étaient en contradiction évidente avec les résultats obtenus par Müller. Comme j'avais toujours replacé mes grenouilles dans l'eau, et que j'avais arrosé la plaie d'eau froide, j'eus l'idée qu'elle pouvait avoir quelque influence sur la sensibilité : en effet, je me contentai d'essuyer le sang avec une éponge, et, après avoir coupé les racines postérieures des nerfs, je vis que les plus légères excitations mécaniques déterminaient une réaction manifeste qui diminuait lorsque l'animal était plongé dans l'eau. En résumé, les racines postérieures ne transmettent aucune sensation du centre nerveux à la *périphérie* du corps et ne peuvent déterminer aucun mouvement. Les antérieures, au contraire, qui ne *transmettent* aucune sensation de la périphérie au centre, déterminent des mouvemens dans les organes locomoteurs. Observons, de plus, qu'après avoir irrité mécaniquement les racines antérieures des nerfs se rendant à un membre postérieur, on observait un double effet ; d'abord un mouvement de l'extrémité correspondante qui se repliait, comme lorsque l'animal s'apprête à sauter ; ensuite, une sorte d'ébranlement et de mouvement général de tout le corps : ce dernier ordre de phénomènes me parut appartenir plus spécialement aux parties centrales du système nerveux. Pour m'en assurer, je coupai à une grenouille la moelle allongée, et j'enlevai le cerveau et le cervelet. J'avais beau irriter alors l'extrémité postérieure qui était privée de mouvement, la contraction de la cuisse correspondante et celle des membres antérieurs s'ensuivaient seules, et l'ébranlement général du corps n'existait pas.

Ainsi donc le cerveau n'est pour rien dans les mouvemens qui ont lieu à la suite des irritations mécaniques de la *périphérie*, mais le *frémissement* général du corps, que je n'observai pas après avoir enlevé le cerveau, paraît être dû véritablement à la sensation de *douleur* éprouvée par l'animal.

*Influence du système nerveux sur la respiration.* — La plupart des physiologistes pensent que les nerfs ont sur la respiration une influence indépendante de l'action même du cœur. Ainsi, dans sa *Biologie*, M. *Tréviranus* s'exprime de la manière suivante : « Si l'on coupe le tronc d'un nerf qui se rend à un membre, on voit la circulation continuer pendant quelque temps, mais s'arrêter bientôt, tandis qu'elle n'est pas interrompue dans le reste du corps. Même résultat si l'on coupe la moelle épinière au-dessus du point d'intersection du nerf. » Les expériences de *Treviranus* ont été faites sur des grenouilles. Je les répétai et obtins des résultats tout-à-fait opposés. Après avoir coupé par le milieu et enlevé une portion de la moelle épinière, je vis la circulation continuer à se faire dans les pattes après une légère interruption de quelques minutes ; les animaux continuaient même à vivre fort longtemps : mêmes phénomènes lorsque l'on coupe le *nerf ischiatique*, par exemple. M. *Treviranus* serait probablement arrivé aux mêmes résultats s'il avait laissé vivre les animaux quelque temps après l'opération. Quand un membre est privé de l'influx nerveux, le sang arrive en moindre quantité, parce qu'il n'y est pas appelé par la vie des organes ; c'est pour cela que l'on observe si souvent l'amaigrissement des parties paralysées. Ainsi donc, ni la moelle épinière, ni les nerfs qui en partent, n'ont sur la circulation une influence telle que leur section détermine la cessation complète du mouvement du sang dans les organes privés d'innervation.

(*Annales de Hecker*. Décembre 1832.)

III. *Expériences comparatives sur la méthode expectative et la méthode homœopathique.* Extrait du Journal du ministère de l'intérieur de l'empire russe, 1832, n° 3. — Le docteur Hermann ayant offert à l'autorité russe de prouver la supériorité de la médecine homœopathique sur les autres méthodes curatives, on lui assigna une salle dans l'hôpital de Saint-Pétersbourg. Pendant l'espace de cinq mois il traita 395 malades dont 341 furent guéris, et donc 23 moururent ; 31 étaient encore malades et furent transportés dans d'autres divisions. La proportion des morts aux guéris est donc de 1 à 15. Remarquons qu'on ne reçut dans cette division ni phthisiques, ni hydropiques. Pour comparer d'une manière plus précise l'homœopathie avec la méthode expectante, on érigea une salle dans laquelle les malades ne furent traités que par la diète, les bains, des lavemens d'eau tiède et la tisane d'orge miellée. 341 malades furent traités de cette manière : 260 furent guéris, 53 furent transportés dans d'autres divisions. De ces 53, neuf moururent, et le rapport des cas malheureux aux cas heureux fut de 1 à 32 1/3 ; dans le reste de l'hôpital, où les malades étaient traités par les méthodes ordinaires, la proportion se trouva de 1 à 16.

Je ne sais pas quelle confiance on doit accorder à ces résultats, qui réduiraient la thérapeutique à zéro et en feraient un art plutôt funeste qu'utile, puisque l'on perdrait moitié moins de malades par la méthode expectante que par les autres ; j'ai lieu de croire que les médecins russes ne se bornaient pas rigoureusement à la méthode expectative, mais qu'ils faisaient passer dans d'autres divisions les malades chez lesquels ils croyaient voir une nécessité absolue d'employer des moyens actifs. Or, comme ces malades se seront trouvés être en général les plus gravement atteints, le chiffre de mortalité si minime de 1 sur 32 ne doit inspirer que peu de confiance.

(*Annales de Hecker*. Décembre 1832.)

IV. *Histoire de la dernière maladie et de la mort du comte Diebitsch Sabalkanski ;* communiqué par le docteur Sturmer, attaché à l'état-major de l'armée russe à Varsovie. — Le général était âgé de 47 ans, petit et trapu, la face colorée, le cou court, la poitrine comprimée des deux côtés, l'abdomen chargé de graisse, le système musculaire peu prédominant ; toutes les fonctions s'accomplissaient avec régularité ; il était d'un caractère assez impressionnable, et s'adonnait aux plaisirs de la ta-

ble, dont il savait néanmoins se priver lorsque sa santé l'exigeait. En 1828, il avait souffert à St-Pétersbourg d'embarras gastrique et d'hémorrhoïdes; devant Schumla il fut atteint d'une fièvre intermittente qui céda à l'usage du sulfate de quinine. A Jassy il eut aux deux jambes une maladie de peau avec desquammation furfuracée, qui lui causa, pendant huit mois, de vives démangeaisons, et disparut enfin spontanément.

A St-Pétersbourg, en 1830, il fut pris, après avoir quitté la table de l'empereur, d'étouffement, de dyspnée, accompagnés de refroidissement des extrémités, de faiblesse du pouls et d'étourdissement; un accès semblable se reproduisit quatre fois à trente-six heures d'intervalle: le sulfate de quinine et de légers laxatifs arrêtèrent le mal.

Au commencement de la campagne de Pologne, en mai 1831, il eut un peu d'embarras gastrique qui disparut bientôt. Il supportait alors beaucoup de fatigues, ne dormant pas pendant la nuit et étant continuellement tourmenté pendant le jour; son esprit était inquiet, son humeur chagrine. Le 25 mai, étant à Kloczwo, il fit appeler la nuit, le docteur Schlegel, et lui apprit qu'il avait été pris, vers 1 heure de la nuit, d'étourdissemens, d'une douleur sourde dans la région épigastrique qui avait été suivie d'une selle liquide. A 3 heures, il eut plusieurs vomissemens successifs, et quelques selles en dévoiement. L'examen du malade donna les résultats suivans : La peau était un peu sèche au toucher, plus pâle qu'à l'ordinaire; les mains et les pieds refroidis; la physionomie exprimait la terreur; langue humide, blanche, — respiration un peu accélérée, — pulsations du cœur très faibles, — pouls lent, (60 pulsations par minute), très petit, disparaissant sous la pression, — sentiment de chaleur à l'épigastre. Le malade rendit d'abord les alimens qu'il avait mangés la veille, puis un liquide gris semblable à du lait, sans aucune trace de bile; les selles avaient la même apparence. La sécrétion de l'urine était tout-à-fait suspendue. Le sang ne coulait que goutte à goutte d'une large ouverture de la veine; il était noir, visqueux, sans sérum, et il ne se forma aucun caillot à la surface. Le général se plaignait d'une grande oppression, quoique l'acte de la respiration s'exécutât régulièrement; mais le symptôme prédominant était la terreur profonde dont il était frappé.

A 5 heures du soir les crampes parurent dans les jambes, puis dans les bras. On fit une saignée d'une demi-livre, on mit 30 sangsues sur la région de l'estomac, l'on administra alternativement toutes les demi-heures 5 grains de calomel et une demi-once d'huile de ricin. Pour boisson on prescrivit de l'infusion de mélisse et de menthe poivrée; les extrémités furent frictionnées avec des brosses, et le malade fut placé dans un bain alcalin à 28° R. Vers sept heures, les pieds et les mains s'étaient refroidis, la surface du corps était bleue, la peau plissée, les déjections avaient cessé, l'anxiété était extrême. On entoura le corps de bouteilles remplies d'eau bouillante, et on l'enveloppa de couvertures trempées dans une décoction aromatique, les crampes diminuèrent, mais le malade resta froid, et le lendemain à onze heures et demie il n'était plus.

L'autopsie fit reconnaître une dilatation des cavités droites du cœur et les altérations ordinaires du choléra.

(*Journal de Hufeland. Nov.* 1832.)

V. *Dégénérescence des reins ;* par le docteur Graff, de Darmstadt. — Les reins sont sujets à des altérations très variées, dont rien souvent ne peut faire présumer l'existence pendant la vie des malades; les deux observations qui suivent en sont une preuve nouvelle.

Un serrurier, âgé de 55 ans, se suicide en se coupant, avec une serpette, la carotide primitive gauche et la trachée. La cause du suicide est inconnue, et jusqu'au moment de l'exécution de son fatal projet sa santé avait toujours été excellente.

A l'autopsie on trouva le rein droit singulièrement augmenté de volume; il était rempli d'hydatides de grosseur très variable; les plus grosses contenaient 4 à 5 cuillerées de liquide; les plus petites avaient le volume d'un pois. La substance même du rein était pâle et gardait l'impression des hydatides. Lorsque toute la sérosité fut écoulée, la masse entière ressemblait à un assemblage de petits sacs vides; le rein gauche était affecté d'une dégénérescence semblable, quoique moins grosse. L'on pourrait peut-être penser que cette maladie a exercé une fâcheuse influence sur l'esprit du malade, et l'a porté au suicide.

L'observation suivante est propre à détruire cette opinion.

Le portier d'un hospice, âgé de 82 ans, avait toujours été d'une humeur très joviale; jamais il ne se plaignait de rien; seulement, deux jours avant sa mort il avait dit à l'interne de l'hôpital qu'il éprouvait quelque difficulté en urinant.

L'autopsie fit voir les altérations suivantes :

1° La prostate indurée et hypertrophiée; 2° l'urèthre considérablement rétréci dans sa portion correspondante; 3° la vessie pleine d'urine et tellement distendue qu'elle avait triplé de volume; 4° trois petites poches de quatre pouces de diamètre, communiquant à la vessie par une large ouverture. Le rein droit paraissait à l'état normal; le gauche était transformé, pour ainsi dire, en un vaste bassinet contenant quatre à cinq onces de liquide; il ne restait que quelques couches très minces de substance parenchymateuse. L'uretère droit était distendu. Le gauche était à l'état normal. Le rétrécissement du canal de l'urèthre paraît avoir été ici le point de départ de la maladie, et a problablement amené successivement la distension de la vessie, la formation de poches supplémentaires, et enfin l'altération du rein.

(*Journal de Hufeland. Oct.* 1832.)

VI. *Sur l'emploi de la décoction de Zittman;* par le docteur Cramer, médecin à Rastadt. — De toutes les préparations mercurielles il n'en est aucune dont on retire plus d'avantages que de celle-ci, lorsqu'on sait l'employer à propos, et aider son action par un régime approprié. Pour obtenir une guérison durable il faut le continuer encore quelque temps après l'emploi de la décoction. Les observations suivantes viennent à l'appui de cette opinion.

Un jeune homme de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, est affecté, au commencement de l'hiver, d'un chancre sur la couronne du gland; ce chancre était de la grandeur d'une tête d'épingle, à bords saillans et durs, et sécrétait un pus sanieux; les cordons lymphatiques de la partie dorsale de la verge étaient engorgés, ainsi que les glandes inguinales. Le chancre fut guéri par l'emploi du mercure soluble d'Hahnemann, les frictions mercurielles et la décoction sudorifique; mais 4-5 semaines après, il se forma quatre ulcères dans le fond de la gorge, et peu de temps après le malade était couvert d'une éruption syphilitique. Alors on commença la décoction de Zittmann; néanmoins la syphilide augmenta; un ozène s'établit avec un gonflement tel des cartilages du nez, que l'orifice nasal gauche était presque entièrement oblitéré. Le mercure fut encore employé sous d'autres formes, ce qui n'empêcha pas que l'os du palais ne se nécrosât. Le médecin recourut de nouveau à la décoction; néanmoins, l'état du malade empirait toujours; il était maigre, affaibli, découragé, et souffrait de tous les accidens de la cachexie mercurielle; l'ozène existait toujours, et l'ouverture du palais aurait admis un œuf de pigeon. Alors, le malade fut mis au régime de quatre onces de pain, avec quatre onces de viande par jour, et à l'usage de la décoction de bois sudorifique. En vingt-huit jours l'ouverture du palais fut réduite à la grandeur d'une petite fève; néanmoins elle ne se ferma jamais entièrement, mais la santé générale du malade se rétablit tout-à-fait, quoiqu'il eût été soumis pendant neuf mois à des traitemens mercuriels.

Une femme, affectée depuis six ans de syphilis, était maigre, étiolée, le pouls faible et fréquent, et la face se colorait par momens comme dans la fièvre hectique. Le frontal et le tibia étaient hérissés d'exostoses, les parties molles du pharynx étaient presqu'entièrement détruites, un ozène fétide rendait la malade inabordable, et les douleurs nocturnes les plus vives l'avaient presque portée au désespoir; elle avait déjà employé une foule de remèdes, et entre autres la décoction de Zittmann; mais sans observer un régime convenable. Je repris ce traitement, en n'accordant à la malade que quatre onces de pain et autant de viande de veau rôtie; l'usage de la décoction fut accompagné de pilules de calomel, et en 21 jours les exostoses avaient diminué, l'ulcère du nez s'était guéri, et les douleurs nocturnes avaient disparu. La malade avait pris en tout douze bouteilles de décoction concentrée et autant de décoction plus faible.

Chez une autre malade affectée d'ulcères dans la gorge et d'un ozène de la narine droite qui menaçait d'envahir les parties environnantes, la guérison fut obtenue en 23 jours par les mêmes moyens, et consolidée par la continuation de la diète et de la décoction de salse pareille.

(*Journal de Hufeland*).

Ch. Martins.

# TRANSACTIONS MÉDICALES;

# JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

# LITTÉRATURE MÉDICALE;

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS DE PARIS,

MAI 1833.


## MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

### NOUVEL APERÇU *sur la* PHYSIOLOGIE DU FOIE *et les usages de la bile.*

DE LA DIGESTION CONSIDÉRÉE EN GÉNÉRAL;


Par M. BENJAMIN VOISIN, *D. M. P.* (1).


« Le foie, outre sa sécrétion, joue dans » l'économie un rôle inconnu, mais im- » portant. »

BICHAT (Anat. génér.).

« Est-ce bien pour l'accomplissement » de la chylification que le foie sécrète » la bile, et ce liquide est-il réellement » essentiel dans cette fonction? »

#### INTRODUCTION.

En me livrant à des recherches d'anatomie pathologique, j'ai souvent été frappé des altérations profondes et variées que présente le foie dans son parenchyme, et j'avais peine à m'expliquer comment, avec de tels désordres, la digestion, et conséquemment la nutrition, avaient pu continuer à s'effectuer. Ces particularités me firent naître des doutes sur l'importance absolue attribuée à la bile dans l'acte de la chylification, et je soupçonnai que ce liquide pouvait y avoir une très faible part, si même il n'y est pas totalement étranger.

Préoccupé de cette idée, que la théorie qui établit l'utilité de la bile pourrait fort bien n'être pas l'expression de la vérité, je désirais vivement avoir l'occasion d'observer une maladie organique du foie, afin d'en étudier toutes les phases sous le rapport de leur influence sur la digestion, pour ensuite être à même d'asseoir irrévocablement mon opinion, lorsque dans ma pratique, faisant l'autopsie d'un jeune homme qui avait succombé à une péritonite latente, avec ascite, compliquée de péripneumonie, je fus fort surpris de trouver l'organe hépathique entièrement atrophié, réduit au moins au vingtième de son volume ordinaire, et encore flétri dans ce qui le constituait; de sorte que depuis quelque temps, il ne devait plus s'y faire le moindre sécrétion; les autres viscères de l'abdomen étaient cependant tous reconnaissables, avaient conservé leur aspect, et occupaient leur place habituelle, quoique refoulés un peu vers la colonne vertébrale par la sérosité. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, du vivant de l'individu, aucun signe, aucun trouble notable dans les fonctions digestives n'avaient pu faire présumer cet état de nullité du foie; car le malade se nourrissait et ses alimens étaient fort bien élaborés. Ce fait n'est pas nouveau dans la science, il est vrai, mais encore mérite-t-il d'être signalé; il donne la mesure de ce que l'on doit penser de l'opinion qui consiste à regarder la bile comme la condition première, *sine quá non*, de la digestion, et c'est sur ce point de doctrine que je désire provoquer un nouvel examen.

Sans vouloir rien préjuger de l'idée que l'on doit se former de ce liquide, j'admettrai que dans l'observation pré-

(1) Ce travail, qui doit former plusieurs articles, paraîtra peut-être un peu long; mais l'importance du sujet et l'approbation accordée à ce mémoire par la société médicale d'émulation, nous engagent à prier le lecteur de prendre patience, en considération des résultats nouveaux auxquels l'auteur se propose de le conduire. On y trouvera aussi quelques idées hardies, étranges même, dont M. Voisin accepte seul la responsabilité.

citée, le foie a dû participer à l'appauvrissement général qui se manifeste à la suite des maladies chroniques ; mais aussi je ferai remarquer qu'il y a loin encore d'un état de dépérissement à celui d'une atrophie complète qui ne permet plus à l'organe l'exercice de ses fonctions, et que, dans un tel état de choses, la bile cessant d'être sécrétée et versée dans l'intestin, toute espèce de travail digestif eût dû discontinuer sur-le-champ; cependant cet effet, considéré comme de toute nécessité, n'arriva pas; de même, lorsque les canaux excréteurs de la bile, les conduits hépathique et cholédoque surtout, sont exactement fermés par des calculs, conséquemment à l'interruption du cours de ce liquide la digestion devrait être suspendue. Comment se fait-il que l'évènement ne justifie pas cette attente? Pourquoi cette contradition?

Ne voit-on pas que les individus qui offrent ces accidens pathologiques n'éprouvent quelquefois aucun accident qui puisse raisonnablement faire soupçonner l'existence de ces pierres? Et souvent, lorsque, pendant la vie, on parvient à les reconnaitre, les seuls indices que l'on possède ne consistent-ils pas simplement dans de légers dérangemens de la santé? On remarque que la peau prend une couleur jaune de plus en plus foncée, que les digestions sont plus lentes et les matières fécales blanchâtres; mais encore le caractère propre de ces phénomènes morbides n'est pas d'empêcher, la nutrition, ce qui devrait avoir lieu si la bile était vraiment utile pour la séparation du chyle.

Il suffit que cette séparation puisse se faire sans le concours de ce liquide, pour qu'on soit en droit d'infirmer son importance dans cette fonction.

Mais tout en lui refusant la part active qu'on lui attribue dans la digestion, ce n'est pas dire pour cela qu'il n'ait point d'influence, par ses élémens constitutifs, sur le mouvement péristaltique de l'intestin dont il sollicite les contractions.

Observons seulement qu'il y a loin de cette manière d'agir tout-à-fait passive, secondaire, et qui n'est nullement différente de celles des autres produits excrémentiels, à l'idée qu'on s'est faite de considérer la bile, relativement à ses qualités, comme l'agent efficient de la chylification.

Déchu de ce haut emploi, à quoi sert donc ce liquide, quel est son usage, et comment doit-on envisager l'organe qui le sécrète? C'est ce que je me propose d'étudier.

En me livrant aux recherches que nécessitera ce travail, je m'estimerais heureux si je pouvais approcher du but indiqué par Bichat, et qu'il signale comme un des points les plus dignes de fixer l'attention des physiologistes, c'est-à-dire, si je parvenais à découvrir, ou au moins à entrevoir *le rôle inconnu, mais important, que le foie, outre sa sécrétion, joue dans l'économie.*

Je ne dissimule pas que cette belle question, qui eût gagné à être traitée par son auteur, et que lui seul pouvait résoudre avec le plus de succès, ouvre un vaste champ aux hypothèses, et par là même devient sujette à de nombreuses controverses; toutefois, si le point de vue sous lequel je vais la présenter ne satisfait pas complètement, et que cependant mes efforts provoquent de nouveaux essais plus fructueux, je me consolerai d'être demeuré au-dessous de l'entreprise.

—

## NOUVEL APERÇU SUR LA PHYSIOLOGIE DU FOIE ET LES USAGES DE LA BILE.

Le foie est un organe de sécrétion. La bile qu'il sépare est purement excrémentitielle. Formé de débris organiques et de l'épuration des élémens nutritifs, ce liquide n'est nullement propre à la chylification, et doit entièrement être rejeté au dehors, après avoir stimulé dans toute sa longueur le canal digestif.

C'est à développer cette proposition qui seront consacrés les différens chapitres qui vont suivre.

### CHAPITRE PREMIER.

SOMMAIRE : Anatomie et physiologie du foie. — Ses rapports avec les autres viscères de l'abdomen, par le système de la veine-porte et les vaisseaux absorbans chylifères. — Conséquemment, fausse idée qu'on s'est faite de cet organe. — Aperçu de ses fonctions.

Le foie occupe à lui seul, par son volume, le cinquième de la cavité abdominale; son grand développement, même dans les premiers temps de la vie intra-utérine, son organisation très compliquée, ses rapports très-étendus, tout indique qu'il remplit des fonctions importantes, quelles qu'elles soient; les nerfs qui s'y distribuent sont en petite quantité, proportionnellement à sa masse; quelques-uns lui viennent du nerf vague (pneumo-gastrique) et du nerf diaphragmatique; les plus nombreux et les principaux sont fournis par le plexus solaire; aussi appartient-il presque en entier à la vie organique; mais en revanche de la disette des nerfs, il est abondamment pourvu de vaisseaux de différens ordres, et qui font partie de son tissu.

Il est par cette voie en communication avec presque la totalité des viscères abdominaux, sinon immédiatement, au moins par des liaisons assez directes : par les vaisseaux absorbans et le système de la veine-porte; par celui-ci s'établissent pour cet organe des rapports, 1° avec la rate; ils sont très-nombreux et ont été aperçus par les anciens qui désignaient la rate sous le nom de *vicaire du foie;* 2° avec les épiploons, et par là avec l'estomac, le pancréas, le duodénum, l'intestin grêle, le colon lombaire droit et une portion du colon transverse.

Les veines qui partent de ces différens points concourent à former deux troncs principaux, la splénique et la mésentérique supérieure; un troisième, la mésaraïque inférieure, rapporte le sang de la partie gauche du colon transverse, du colon descendant et du rectum; en se réunissant entre elles ces veines donnent naissance à la veine-porte qui, comme on le voit, ramène au foie presque tout le sang de l'abdomen. Les reins, la vessie, et chez l'un et l'autre sexe les organes génitaux, sont les seuls viscères de cette cavité qui se dégorgent immédiatement dans la veine cave inférieure. On s'est demandé pourquoi cette exclusion; elle semble cependant assez motivée, si l'on réfléchit à la nature des fonctions de ces derniers organes, qui sont séparées des actes de la digestion, ou du moins s'y rattachent d'une manière assez

indirecte. Ces organes forment dans l'abdomen deux appareils distincts qui n'ont que des rapports fort éloignés avec ceux qui opèrent la nutrition proprement dite; leur existence est tout-à-fait indépendante. Pourquoi donc, demanderai-je à mon tour, le sang qui a servi à les réparer, en tout semblable à celui qui revient des parties supérieures du corps, ne contenant aucuns principes étrangers à sa composition (ce qui n'a pas lieu pour celui que renvoient les organes digestifs), pourquoi ne se joindrait-il pas de suite à la masse commune du sang veineux? Il n'a pas besoin d'éprouver une première élimination, comme celui de la veine-porte, qui ne doit arriver au cœur qu'après avoir parcouru le foie pour s'y épurer en se dépouillant des matériaux qui vont fournir la bile.

En outre, aucun viscère de l'abdomen ne possède un plus grand nombre de vaisseaux absorbans que le foie; ils sont de deux espèces: les lymphatiques et les chylifères proprement dits; les premiers sont chargés du renouvellement organique et appartiennent en propre au foie; ils règnent à sa surface, après avoir préalablement pris naissance dans son tissu; les seconds, bien supérieurs en nombre, sont communs à tout le système viscéral de l'abdomen. On les reconnaît en ce qu'ils sont placés profondément, et qu'ils suivent en tout la direction des vaisseaux sanguins hépatiques. Comme ceux-ci, ils ont une origine éloignée; c'est ce que du reste font assez pressentir le nom et l'usage qu'on leur assigne.

Le trajet des absorbans chylifères à travers le foie a été reconnu dès l'origine de la découverte de ces vaisseaux. *Aselli* qui, en 1622, fut le premier qui les signala sur des quadrupèdes, sur des chats, des chevaux, des chiens, les appela veines lactées, et pensa que, comme les autres veines de l'intestin, ils aboutissaient au foie. Ensuite *Weslingius*, qui les observa sur l'homme lui-même, tout en démontrant leur terminaison au canal thorachique, mentionne qu'un grand nombre de ces vaisseaux pénètre dans le foie.

Les absorbans chylifères de l'organe hépatique ne sont, comme ceux de la rate et du pancréas, que la continuation des chylifères des diverses portions de l'intestin. Partis tous de ce point, ils accompagnent les vaisseaux veineux, suivent en tout leur direction, et comme ceux-ci, avant de verser dans le foie le liquide qu'ils contiennent, se réunissent tous pour former les veines mésaraïques qui, à leur tour, constituent la veine-porte, de même ceux-là, les vaisseaux chylifères, après un certain trajet, s'anastomosent entre eux, deviennent plus gros, et se rassemblent en plexus au-dessous du petit lobe de spigel vers lequel ils convergent; de là ils montent dans le foie, s'y ramifient à l'infini, et ils n'en sortent, soit qu'ils aient été remplacés par d'autres analogues, soit qu'ils soient restés les mêmes, que pour aller se dégorger dans le réservoir de Pecquet et de là dans le canal thorachique.

S'il n'en était pas ainsi de l'origine et du trajet de ces vaisseaux lactés, d'où viendraient ceux qu'on remarque dans le foie? de quelle utilité lui seraient-ils? D'où viendrait surtout le chyle qu'on trouve dans ces canaux; car je ne sache pas, jusqu'ici, que l'on ait regardé le foie comme le fabricateur du chyle; mais si les chylifères se détournent de leur route et traversent le foie, au lieu de se jeter immédiatement dans le réservoir commun, en cela la nature eut son but, et c'est manifestement celui de faire subir au chyle qui pénètre ces vaisseaux une sorte d'élimination qui a pour effet de le rendre propre à se mêler au sang qu'il est destiné à reconstituer; j'en dirai autant de ceux qui se rendent à la rate, au pancréas; là le chyle acquiert des qualités qu'il n'avait pas; il devient, par exemple, plus ténu, plus séreux, plus fibrineux, d'une couleur d'un blanc moins mat, mais tirant sur le rose, et par conséquent il perd la matière grasse, onctueuse qui lui donne l'apparence du lait, ressemblance qui n'est jamais plus parfaite que quand on l'examine plus près de l'intestin. Il suffit de comparer le chyle que l'on recueille dans les épiploons, et celui qui, après avoir parcouru le foie, est près d'arriver dans le réservoir de Pecquet (je ne parle pas de celui du canal thorachique, parce qu'il s'y trouve mêlé à la lymphe), pour se convaincre de la différence de leurs caractères physiques. Cette différence est même appréciable à l'analyse chimique. En se dépouillant de ses principes huileux dans son trajet, à travers le foie, le chyle fournit, conjointement avec le sang de la veine porte, les matériaux qui doivent former la bile.

Jusqu'à un certain point, l'idée des anciens était donc fondée, quand ils considéraient le foie comme un premier organe de sanguification, comme laissant subir au chyle une première élaboration; seulement ils se trompaient sur les moyens de transport de cette liqueur qui, selon eux, était charriée par les veines mésaraïques.

Cependant cette opinion a été reproduite encore de nos jours avec assez d'avantage. Quelques physiologistes, Gmelin, Tiedmann, Swammerdam, regardent ces veines comme congénères des vaisseaux chylifères, relativement à l'absorption de ce liquide. Plusieurs faits semblent confirmer cette opinion; j'exposerai les principaux d'après M. *Adelon*, tom. III de sa Physiologie.

1° « Les villosités intestinales sont composées autant par les veines mésaraïques que par les vaisseaux chylifères. Ces veines ont aussi des orifices libres, béants dans la cavité de l'intestin. Liberkun, Meckel et Lobstein, en poussant des injections dans la veine-porte, ont vu la matière de ces injections sortir par les villosités de l'intestin.

2° » On a rencontré du chyle dans le sang des veines mésaraïques. Gmelin, Tiedmann et Swammerdam disent l'avoir observé dans leurs expériences.

3° » Des matières colorantes, odorantes, salines, introduites dans l'intestin se sont retrouvées dans les veines mésaraïques tout aussi bien que dans les vaisseaux chylifères, preuve de la faculté absorbante de ces veines.

4° » Enfin la ligature du canal thorachique n'a pas toujours entraîné la mort: un chien sur lequel *Duverney* avait fait cette expérience ne mourut qu'au bout de quinze jours. Flandrin la pratique sur douze chevaux qui lui paraissent manger comme à leur ordinaire et ne pas maigrir, et les ayant tués quinze jours après, il s'assura que chez eux le canal thorachique n'était pas double.

» Le célèbre chirurgien Astley-Cooper, qui fit la même expérience, constata le même résultat. Plusieurs de ces animaux survécurent plus de quinze jours; aucun ne mourut dans les deux premiers jours. A l'ouverture des cadavres, il trouva le canal thorachique crevé et le chyle épanché dans l'abdomen. »

Des physiologistes français des plus distingués, MM. Ribes et Magendie, reviennent aussi à cette idée des anciens : que l'absorption du chyle se fait conjointement par les vaisseaux lactés et par les veines mésaraïques. D'après ces auteurs, tandis que les chylifères recueillent la partie nutritive des alimens, les veines mésaraïques s'emparent de celle des boissons.

D'un autre côté Hunter pense et démontre par plusieurs expériences également concluantes que les seuls vaisseaux lactés sont capables d'effectuer l'absorption du chyle. Ces contradictions, ces résultats différens observés de part et d'autre par des physiologistes recommandables par leur exactitude et leur bonne foi, ne tiendraient-ils pas à ce que, dans l'explication de ces expériences, on fait abstraction des anastomoses, des communications qui existent entre les chilifères, et des rameaux veineux dans les ganglions mésentériques, de telle sorte que, les veines mésaraïques se trouveraient pourvues d'une certaine quantité de chyle, sans être toutefois de prime abord les moyens, les organes effectuant l'absorption de ce liquide. Quoi qu'il en soit, il demeure constant par ces expériences, ce qu'il nous importe d'établir, que le chyle, avant d'arriver au réservoir de Pecquet, aborde le foie, parcourt son parenchyme, quelle que soit la manière dont il est apporté et l'ordre de vaisseaux qui en est chargé. Mais nous pensons que ce transport appartient aux absorbans chylifères.

Pour se convaincre que les vaisseaux qui portent le chyle affectent dans leurs cours cette direction à travers l'organe hépatique, il suffit de lier, avant son entrée dans la poitrine, le canal thorachique d'un chien, après lui avoir fait prendre une grande quantité de nourriture, et quand on suppose que la digestion est en pleine activité. Alors les vaisseaux chylifères se gonflent, deviennent très-apparens, leur couleur blanchâtre ressort mieux, et on peut sans beaucoup de peine les suivre dans leur trajet, depuis leur point de départ dans l'intérieur de l'intestin, leur passage à travers les glandes mésentériques, jusqu'à leur arrivée dans le foie.

Toutefois j'observerai que cette disposition anatomique est seulement applicable aux absorbans de la digestion, car pour les lymphatiques qui opèrent le renouvellement organique, rien ne les oblige à parcourir cette filière, avant de se jeter dans le réservoir commun; aussi les voit-on s'y aboucher en ligne droite, mais seulement après avoir pénétré dans les ganglions qui se trouvent sur leur route.

Qu'on ne croie pas que pour le foie il y ait exception à cette règle générale; quoique le nombre de ses absorbans soit prodigieux, ces deux ordres de vaisseaux se distinguent fort bien l'un de l'autre.

Les lymphatiques, comme je l'ai dit, sont répandus à la surface de l'organe, qu'ils recouvrent presque en entier. Leur direction, aussi bien que leur origine, est encore différente de celles des chylifères; la plupart percent le diaphragme ou le traversent par l'ouverture aortique, arrivent dans la poitrine, se joignent aux intercostaux avant de gagner le canal thorachique; quelques-uns même ne se réunissent à lui que près de son embouchure dans la veine sous-clavière gauche ou même s'y terminent; tandis que les chylifères, en sortant du foie conjointement avec les vaisseaux sanguins, vont droit au réservoir de Pecquet.

C'est donc à tort que les anatomistes et les physiologistes supposent les deux espèces d'absorbans de l'abdomen comme mêlés, confondus ensemble et impossibles à reconnaitre au delà du lieu de leur point de départ; car quoique leurs nuances soient délicates, on peut cependant les saisir. Leur manière d'être n'est pas la même; chacun a son aspect, un trajet différent à suivre. La grosseur des lymphatiques n'est pas aussi sujette à changer, tandis qu'elle augmente ou diminue, suivant le temps de la digestion, dans les vaisseaux lactés.

Enfin, si les uns et les autres aboutissent toujours au même terme, il y a encore quelques distinctions à faire dans leur manière de l'atteindre.

De cet énoncé, il suit que le foie a des rapports fort étendus avec la presque généralité des viscères de l'abdomen, et principalement avec toute la longueur du canal digestif, par deux ordres de moyens, le système de la veine-porte et celui des vaisseaux absorbans lactés, de manière qu'il tire les élémens de sa sécrétion des principes dont le chyle se sépare, et d'un autre côté d'un sang abondamment chargé de molécules organiques, et qui a déjà les caractères huileux de la bile.

Tout porte donc à considérer l'organe qui travaille cette liqueur, comme un appareil d'élimination, un véritable émonctoire de l'économie et surtout des fonctions digestives qui n'ont que cette voie directe pour épurer leur produit. C'est donc à tort que l'on a coutume de regarder le fluide biliaire comme la condition *sine quâ non* de la digestion, puisqu'il en provient, loin d'en être la cause. J'accorde qu'il puisse l'aider en favorisant par sa présence, en raison de ses qualités excitantes, le mouvement péristaltique de l'intestin, et qu'arrivé dans le rectum il serve encore de stimulus pour procurer l'excrétion du fécès; mais son influence ne va pas au-delà, et, bornée à ce rôle, n'est-t-elle pas bien secondaire?

Telle est, en résumé, la manière dont l'appareil hépatique me paraît lié, chez l'adulte, à la digestion, en tant qu'il extrait des sucs qu'elle fournit certaines parties qui nuiraient à l'assimilation organique, et qu'il se charge du surplus de la nutrition, dont il compose la bile, mais non en ce qu'il préside à l'acte qui forme le chyle, puisque sa mise en exercice est subordonnée, consécutive à l'état de plénitude des viscères de l'abdomen.

Cet état de choses n'est pas supposé gratuitement; il se trouve établi par des faits, et déduit d'expériences exactes; mais avant de les faire connaitre, j'épuiserai toutes les preuves, tous les argumens physiologiques qui plaident pour mon opinion.

---

## CHAPITRE II.

Sommaire. L'économie est divisée en plusieurs ordres de tissus qui ont chacun leurs caractères propres. — Conformité d'organisation des glandes entre elles; même identité dans le produit de leur sécrétion; de là leur facilité à se suppléer mutuellement dans leurs fonctions. — Du foie envisagé comme glande. — Sa spécialité de texture. — Combien il diffère des salivaires et du pancréas. — Concours supposé de leur action dans l'acte de la digestion. — Analyse des sucs salivaire, pancréatique, gastrique, du mucus intestinal, comparés avec la bile. — Seul exemple, pour cette liqueur, d'élémens de sécrétion fournis par un sang noir.

Qui ne sait qu'au milieu de cette foule de tissus qui constituent l'organisme, la nature a suivi des lois constantes dans sa manière de procéder, selon qu'elle avait à former telle ou telle espèce de systèmes.

Toujours d'accord avec elle-même, ses écarts ne portent que sur des objets peu importans. Quoique la dissemblance des tissus qui composent l'homme soit frappante au premier abord, c'est-à-dire ceux-ci considérés en masse, on peut cependant les ranger par classes, assigner pour quelques-uns d'eux des lignes de démarcation bien tranchées; on peut les réduire, comme l'a très-bien fait Bichat, dans son *Anatomie générale*, à certains ordres de systèmes qui, tous à part, ont leurs caractères distinctifs; ce qui m'empêche pas que chacun de ces appareils se rapproche ou s'éloigne davantage, dans sa manière d'être de tel ou tel autre.

Dans deux espèces différentes les points de contact peuvent être nombreux, l'analogie des fonctions assez démontrée, sans qu'il y ait cependant identité parfaite d'organisation; ainsi, par exemple, les membranes séreuses et synoviales composant deux ordres séparés, varient très peu dans leur aspect et dans le produit de leur sécrétion, dont l'usage est, pour les unes comme pour les autres, de favoriser le mouvement des parties qu'elles recouvrent. De même, cette similitude de fonctions se trouve bien dessinée dans les deux systèmes musculaires, celui de la vie organique et celui de la locomotilité, quoique, envisagés l'un après l'autre, leurs caractères ressortent diversement. Cette analogie est encore évidente entre le tissu muqueux et le tissu cutané. Ainsi lorsqu'une partie de la surface du corps est pendant quelque temps soustraite au contact de l'air, l'épiderme se ramollit, disparait, et la peau sécrète un mucus semblable à celui des membranes muqueuses, comme d'un autre côté, dans des cas de prolapsus anciens, soit de l'utérus, soit du vagin, la membrane muqueuse qui devient externe perd sa couleur rose, s'épaissit et revêt par la suite l'aspect des tégumens sans qu'il y ait à proprement dire altération organique dans ces transformations réciproques. Mais c'est surtout parmi les glandes que cette ressemblance est frappante; toutes ont entre elles de signes extérieurs qui les font reconnaître. Leur structure est établie sur une base commune; toutes ont le même aspect grisâtre, la même consistance, presque la même forme, la même texture granulée, et se réunissant en petits lobes bien circonscrits. Leur conformité d'organisation n'est point non plus démentie par la nature du liquide qu'elles séparent, et qui, dans toutes, est filant, onctueux, limpide, et offre, à quelques différences près, la même analyse chimique; enfin, dans leurs affections pathologiques, c'est uniformément pour toutes le même mode de lésion. Cette ressemblance est parfaite entre les salivaires et le pancréas, qui ont aussi des fonctions pareilles, et dont le but le plus direct est de fournir une liqueur propre à la dissolution de l'aliment. Comparés ensemble, les sucs salivaires et pancréatiques présentent une identité parfaite et dans leur nature et dans leur composition. C'est encore cette parité d'organisation et d'action entre les glandes, qui fait qu'elles ont la facilité de se remplacer mutuellement, lorsque l'une d'elles, par une cause quelconque, ne peut sécréter. Ainsi, chez l'enfant, au moment de son entrée dans la vie, le pancréas, le seul de ces organes glanduleux qui soit bien formé, entre de suite en exercice, et supplée à l'inertie des salivaires, qui, n'ayant pas acquis tout leur développement, ne commencent à donner qu'à mesure que de nouveaux besoins se font sentir, que la nutrition plus active, plus étendue, met en jeu un plus grand nombre d'organes. Dans ces glandes de la même espèce, la similitude de fonctions est de toute évidence, comme il existe entre elles la plus grande analogie de structure. Mais quel rapprochement peut-on établir entre celle-ci et le foie? Combien il en diffère! Ne s'en éloigne-t-il pas en tout, et par sa masse, sa couleur, sa position superficielle, par sa texture particulière, le nombre, la diversité de ses vaisseaux, ses granulations miliaires, jaunâtres, vésiculeuses, et enfin par la nature de son fluide? Ses fonctions ne sont-elle pas aussi toutes spéciales? et, lorsqu'il devient malade, ses lésions ne sont-elles pas également caractéristiques? Ne ressemblant en rien aux autres appareils glanduleux de la digestion, il n'a pas non plus, comme eux, parmi ses congénères, d'auxiliaire capable de le remplacer, lorsqu'il est réduit à l'inaction. Est-ce la rate, regardée par les anciens comme le vicaire du foie, qui peut le suppléer? Il faudrait au moins qu'on pût dire en quoi consiste sa sécrétion, quels sont ses canaux excréteurs, et quel est l'endroit de leur terminaison. On parviendrait à les découvrir, que la rate serait encore un organe à part, aussi original que le foie dans sa manière d'être; les usages de son liquide ne pourraient que différer de ceux de la bile. De ce que l'un et l'autre de ces viscères ont des connexions nombreuses par le système veineux abdominal, il ne s'ensuit pas, pour ce qui a trait à leurs fonctions, qu'ils puissent, suivant le besoin, se prêter un mutuel secours, se remplacer. La rate est d'ailleurs moins constante que le foie; son ablation n'est pas mortelle, et on ne s'aperçoit pas qu'elle communique à ce dernier une énergie relative. Il n'y a donc réellement entre eux aucune intimité de rapports, aucune solidarité dans leurs actes. Je traiterai plus bas de la manière d'envisager la rate et le système veineux qui s'y rattache.

Cependant ce sont ces appareils glanduleux, les salivaires, le pancréas d'un côté, le foie de l'autre, que l'on place sur la même ligne, pour leur faire jouer un seul et même rôle dans la digestion; et conséquemment les liquides qu'ils

sécrètent, quoique très-différens entre eux, sont supposés s'unir pour travailler en commun la pâte alimentaire, ce qui n'empêche pas que chacun pour sa part s'attache de préférence, par une sorte de choix, d'affinité organique, à telle ou telle substance qu'il doit dissoudre. On ne sait comment s'expliquer un pareil contre-sens en physiologie. Comment croire qu'un viscère, que tout spécifie dans sa manière d'être, ait le moindre point de contact avec des appareils dont il diffère essentiellement. Le foie ne peut en rien ressembler aux glandes salivaires et au pancréas, et ses fonctions ne peuvent s'accorder avec celles de ces organes pour opérer conjointement la digestion. Il est nul dans ce travail; ce n'est qu'accessoirement qu'il y figure. Les qualités de la bile sont trop opposées à celles des sucs salivaire, gastrique et pancréatique, pour supposer que ces liquides puissent jamais s'unir, se mêler ensemble dans quelque temps que ce soit.

Pour démontrer la justesse de cette observation, je mettrai sous les yeux l'analyse chimique qui a été faite de chacun d'eux.

*Salive.* Liquide inodore, insipide, transparent, visqueux, spumeux par l'agitation, verdit le sirop de violettes, contient du mucus, et est composé, d'après M. Berzélius, d'eau 992, 9; d'une matière animale, insoluble dans l'alcool, soluble dans l'eau, 2,19; de mucus, 1,4; d'hydrochlorate de potasse et de soude, 1,7; de lactate de soude et de matière animale, 0,9; de soude, 0,2; et d'un peu de phosphate de chaux et de magnésie.

*Suc pancréatique.* Liquide limpide, incolore, filant, visqueux, saveur alcaline, et verdissant le sirop de mauve; il présente à peu près la même composition que la salive avec laquelle il a beaucoup de rapport.

Quant au *suc gastrique*, il est un mélange de salive, de mucus provenant de deux sources, 1° de l'exhalation de la membrane muqueuse de l'estomac; 2° de la sécrétion des nombreux follicules qui règnent à la surface de cette membrane. Les caractères physiques de cette liqueur, ainsi que ses élémens constitutifs, sont ceux des mucosités.

La *bile* au contraire est un fluide consistant, opaque, d'un jaune verdâtre ou d'un brun jaunâtre, suivant qu'elle vient immédiatement du foie, ou qu'elle a séjourné un temps plus ou moins long dans la vésicule biliaire. Sa saveur est amère; elle tient en suspension de la matière jaune, et teint de cette couleur l'infusion de tournesol, le sirop de violettes et presque tout ce qu'elle touche. Sa composition est, suivant M. Berzélius, d'eau 907,4; de matière semblable au picromel 80,0; de mucus de la vésicule du fiel et des conduits hépatiques 3; et de 9,6 d'alcali et de sels communs à tous les fluides animaux. M. Thenard y reconnaît en plus de la résine, et M. Chevallier, dans la bile cystique, une petite quantité de picromel.

Elle jouit de la propriété de dissoudre plusieurs matières grasses, à raison des principes qui la constituent, et c'est peut-être pour cela qu'on la regarde comme la cause efficiente de la séparation du chyle, ne voyant dans cette fonction qu'un acte purement chimique.

En rapprochant cette dernière liqueur des sucs muqueux et glandulaires, on est frappé de la différence qui existe entre eux. La bile, outre les sels communs à tous les fluides animaux, contient des substances très-actives et d'une nature tout-à-fait excrémentitielle, telles que le picromel, la résine et la matière huileuse qui la colore en jaune. L'âcreté de ses principes est si grande, que si, par rupture de la poche qui la contient, la bile vient à s'épancher dans l'abdomen, elle entraîne nécessairement la mort; ce qui n'a pas lieu pour les sucs salivaire et gastrique, lorsque l'intestin est divisé et que, dans son état de vacuité, il n'a livré passage à aucun autre liquide. Un résultat si opposé, dans des circonstances absolument identiques, suffit pour classer ces liqueurs, les unes, le mucus gastrique, la salive et le suc pancréatique, comme amies des tissus, comme propres à les recomposer, et l'autre, le fluide biliaire, comme leur étant essentiellement nuisible, et ne convenant nullement à l'assimilation organique; conséquemment aussi les organes qui sécrètent des liquides si opposés dans leurs effets ne peuvent se ressembler. Le système hépatique qui n'a rien de commun avec les autres appareils glanduleux, en diffère encore par les matériaux de sa sécrétion, qui viennent d'un sang veineux, émanant des organes digestifs et transmis par la veine-porte. Ce sang plus noir, plus onctueux, est, de l'avis même des auteurs, plus propre à former la bile; il est très-chargé d'hydrogène et de carbone.

On pense assez généralement que l'artère hépatique qui ne répond point au volume du foie, contribue seulement à l'entretien de ce viscère. Cependant Bichat, et après lui M. Broussais, se fondant sur l'analogie des autres sécrétions, penchent à lui rapporter la sécrétion biliaire. Deux chimistes célèbres, Fourcroy et Vauquelin, sont allés bien au delà de cette opinion : ayant reconnu dans un caillot de sang artériel une matière tout-à-fait semblable au fiel du bœuf, ils ont été jusqu'à prétendre que la bile pouvait résider toute formée dans le sang artériel. Ce fait de l'association de la bile et du sang ne peut s'expliquer que dans le cas d'ictère.

Avec Saunders, M. Richerand et la plupart des physiologistes modernes, je continue à croire que le sang de la veine-porte fournit la plus forte part de la sécrétion biliaire et je reconnais aussi, avec M. Magendie, qu'elle dérive à la fois de cette source et du sang que transmet l'artère hépatique; j'indiquerai plus bas les motifs de cette opinion. Mais j'admets, de plus que ces auteurs, que les matériaux de la bile sont encore apportés des organes digestifs au foie, par une autre voie, par les vaisseaux absorbans, et notamment par les chylifères, ce qui a été démontré dans le premier chapitre.

## CHAPITRE III.

SOMMAIRE. De la Rate. — De ses usages comme diverticulum du sang. — Considérations sur la circulation en général. — Partage du sang artériel en deux portions. — De la veine-porte. — De l'action présumée de la rate. — Du rein et du foie comparés entre eux dans leurs effets sur l'économie digestive.

Des différens viscères qui sont dans l'abdomen et qui se rattachent à la digestion, quoique déjà d'une manière indi-

recte, la rate est un de ceux qui méritent le plus d'être étudiés; tout n'est encore qu'hypothèse dans les fonctions qu'on lui attribue. Depuis long-temps cet organe est regardé comme un annexe du foie, comme son vicaire, pour parler le langage des anciens. Cette idée est fausse, s'ils ont voulu donner à entendre que la rate peut suppléer le foie; elle est juste, s'ils voulaient faire comprendre qu'en élaborant un sang veineux particulier, elle prépare, fournit des matériaux à la sécrétion biliaire. Des connexions nombreuses et assez intimes unissent en effet ces deux organes; l'un et l'autre reçoivent à peu près le même ordre de vaisseaux; l'espace qui les sépare est rempli par un système veineux tout spécial qui les fait communiquer entre eux. Lieutaud observant que la rate est plus grosse quand l'estomac est vide, que lors de sa plénitude, pensait qu'elle servait de diverticulum du sang pour ce viscère, dans l'intervalle des digestions, de manière que, pendant ce temps, elle envoyait aussi plus de sang au foie, pour les besoins de sa sécrétion. Selon d'autres, ce sang y était mis en réserve; il contribuait plus tard à alimenter l'exhalation du suc gastrique. Rush, adoptant cette manière de voir, l'étendit encore davantage; il admet que, non-seulement le sang de l'estomac, mais celui de toutes les parties du corps, déversent leur trop-plein vers la rate, qui devient ainsi un moyen de prévenir des congestions sanguines dans quelques organes, à la suite de passions violentes, de mouvemens rapides, de la course, par exemple. Est venu ensuite M. *Broussais*, qui a tout-à-fait généralisé cette idée de diverticulum. Il dit qu'il en existe à côté de tous les organes un peu importans et dont les fonctions sont intermittentes. Tels seraient, indépendamment de la rate à l'égard de l'estomac, le thymus chez le fœtus, chez l'adulte la thyroïde pour le poumon. De plus, ce célèbre médecin physiologiste met sur la même ligne le foie et le système de la veine-porte. Il regarde celui-ci comme étant destiné à recevoir le sang dans tous les cas où il survient quelque retard, quelque arrêt dans la circulation, et comme étant capable d'imprimer à ce liquide une nouvelle impulsion. Ce dernier usage que M. Broussais fait remplir au système de la veine-porte est entièrement gratuit. On ne voit pas où ce système prendrait cette nouvelle force d'impulsion, quel serait l'agent moteur de cette circulation spéciale.

Tel est l'état de la science sur la rate et ses dépendances. Toutes ces théories, quelque ingénieuses qu'elles soient, ne sont que des conjectures qui ne nous apprennent pas quelles sont les fonctions de ce viscère, fonctions qui ne lui sont communes avec nul autre; et c'est précisément ce qu'il importe le plus de connaître, car on sent bien que ce n'est pas définir ses fonctions que de le considérer comme un diverticulum. Ce mot a un sens trop étendu, trop général, qui peut s'appliquer à tous les organes indistinctement, parce qu'il n'en est point qui n'éprouve momentanément des embarras dans sa circulation, et dont le sang ne soit par conséquent obligé de refluer sur ceux des organes qui lui donnent plus librement accès. S'il est vrai que le tissu éminemment spongieux de la rate se prête beaucoup à cette pénétration, cet effet est au moins aussi marqué dans le tissu cellulaire. La multiplication de ses vaisseaux capillaires, son extensibilité le rendent accessible à une quantité considérable de sang.

Du reste, que la rate soit ou ne soit pas un diverticulum du sang, la question des usages qui sont propres à ce viscère reste toujours la même, c'est-à-dire, indécise.

Au risque de remplacer une hypothèse par une autre, j'exposerai quelques considérations sur la manière dont on peut envisager son action. S'il fallait motiver l'utilité de ces considérations, je dirais que l'histoire de la rate se rattache trop à celle du foie, pour qu'on ne puisse pas raisonnablement espérer que, de l'étude séparée de chacun d'eux, ne doive jaillir quelque lumière sur leurs fonctions respectives.

On sait que la rate est en communication avec le foie par ses vaisseaux sanguins et absorbans, et qu'elle appartient ainsi au système digestif, principalement en fournissant des matériaux à la sécrétion biliaire; la veine splénique à elle seule est presque aussi grosse que toutes les veines réunies de l'intestin; de sorte que, pour sa part, on peut estimer qu'elle forme la moitié du tronc veineux désigné sous le nom de veine-porte. Le sang qu'elle charrie est d'une nature toute particulière; il a déjà les caractères huileux de la bile, et paraît composé de débris organiques. D'où viennent les élémens d'un tel sang, par quels canaux afférens sont-ils apportés à la rate, c'est ce que je me propose d'examiner. Ce point une fois débattu, on pourra préjuger quelles sont les fonctions de cet organe dans l'économie digestive.

Quelque soin que l'on mette à rechercher l'ordre de vaisseaux qui vient alimenter la rate, on ne trouve que l'artère splénique qui est très-volumineuse comparativement à l'organe auquel elle se rend. Le sang qu'elle lui apporte serait-il différent de celui des autres tissus? en un mot, le sang artériel est-il ou n'est-il pas partout identique? faut-il admettre avec Dumas que chaque organe reçoit un sang spécial, quoiqu'on ne puisse saisir et indiquer en quoi consistent ses qualités (1).

Déjà, avant cet auteur, on avait avancé que le sang qui se ramifie aux parties supérieures du corps était pénétré de plus d'air, d'oxigène, de calorique, et était par là même plus apte à fournir des liquides écumeux et légers, tandis que le sang qui se distribue aux parties inférieures étant plus chargé de carbone et d'huile, était aussi plus propre à former la bile, l'urine et les sucs graisseux de l'intestin (2); c'est cette dernière idée que je viens reproduire avec quelques faits de plus à son appui.

D'abord, je ne vois pas ce qu'il pourrait y avoir de déraisonnable, d'antiphysiologique, à admettre que dans le cœur s'effectue la séparation du sang en deux portions, à mesure qu'il revient du poumon. Le cœur peut fort bien n'avoir pas que le seul usage de se contracter sur le sang, afin de le faire arriver à tous les organes, mais il peut encore

(1) Nous dirons plus bas ce que nous pensons de cette opinion et de celle toute opposée de Legallois.

(2) Quelle que soit la manière dont on envisage cette explication, il n'est pas moins constant qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre ces dernières liqueurs et les sucs muqueux et salivaire, par exemple, considérés les uns les autres dans leurs propriétés respectives. Or cette différence implique contradiction si, comme on le professe, le sang des parties inférieures est identique avec celui des parties supérieures.

exercer une action particulière sur ce liquide et qui aurait pour but prochain cette séparation.

Les colonnes charnues que l'on remarque dans ses cavités me paraissent plutôt susceptibles d'opérer cette division que propres à rendre plus parfait le mélange du sang. Ces brides, ces sortes de cloisons dans l'intérieur du cœur peuvent servir à isoler telle portion du sang d'avec telle autre. Que l'on ouvre sur un animal vivant le ventricule gauche où ces colonnes charnues sont plus nombreuses, plus étendues, et on remarquera qu'il est partagé en plusieurs petites cavités.

C'est même, si l'on y réfléchit, plutôt à cette disposition qu'aux circonstances anatomiques du trou de Botal, qu'il peut se faire chez le fœtus que deux sangs différens (1), l'un artériel et l'autre veineux, pénètrent au même moment dans l'oreillette droite sans se mêler, et prennent ensuite un cours opposé; on suppose que ces liquides, pendant le temps qu'ils sont en présence, circulent accolés l'un à l'autre, et cependant toujours distincts, comme deux rivières, venant à se rencontrer, marchent long-temps l'une à côté de l'autre avant que de confondre leurs eaux. Pourquoi la même chose n'aurait-elle pas lieu chez l'adulte, à l'égard du sang artériel à sa sortie du cœur? Je ne vois rien d'impossible à ce que ce sang séparé en deux portions, l'une plus pure, plus aérée, plus légère, ne se place à gauche dans l'aorte, et, qu'arrivée au sommet de la crosse, elle ne s'enfile directement dans ses trois divisions principales, d'où elle vient ensuite animer les parties supérieures du corps; tandis que l'autre, recélant des débris organiques, plus pesante, remonte à droite dans ce vaisseau et de là se précipite dans l'aorte abdominale d'où elle se répand aux parties inférieures. Ce dernier sang, en se distribuant aux différens organes sécréteurs qui se trouvent sur son passage, s'y dépouillerait de quelques-uns de ses principes; et même, par l'effet de la soustraction successive des matériaux qui lui sont étrangers, ce liquide, au moment où il va se répartir dans les membres inférieurs, ne serait pas différent de celui qui est porté dans les autres parties de l'économie. Ce sang artériel, de qualité moindre, dériverait principalement du chyle nouvellement transformé en sang, qui n'aurait subi qu'une fois l'hématôse; ce ne serait qu'à la seconde fois qu'il pourrait être propre à aller vivifier les organes les plus importans, entre autres le cerveau.

Voulant m'assurer si deux liquides différens peuvent pénétrer en même temps dans un même vaisseau, le parcourir dans une partie de sa longueur sans se mêler, j'ai fait l'expérience suivante: si, immédiatement après avoir fait mourir d'hémorrhagie un animal, on pousse avec force dans les cavités gauches du cœur et dans le système artériel deux matières d'injection à la fois, de couleur et de consistance différentes, l'une plus légère, teinte en bleu, l'autre moins fluide, colorée en rouge, sitôt que le refroidissement du corps a eu lieu, on peut, en ouvrant le cœur et l'aorte, constater que ces deux liquides ne sont pas confondus, mais sont accolés l'un à côté de l'autre. La matière colorée en bleu est à gauche dans ces organes et s'est principalement répandue dans les parties supérieures à l'intérieur du crâne, tandis que l'autre matière rouge se trouve à droite et occupe l'aorte abdominale et les artères des membres inférieurs. Mais on conçoit que cet ordre peut être entièrement interverti, selon que l'on aura placé à droite ou à gauche la seringue contenant l'une ou l'autre injection.

Je sais que l'on peut objecter que, dans cette expérience, l'action vitale du cœur n'est pas représentée, et que celle-ci a pour but d'opérer le mélange du sang; mais comme cette idée, tout-à-fait conjecturale, n'est appuyée sur aucun fait, il me sera permis, jusqu'à ce qu'il soit bien prouvé que le mélange a lieu, de le mettre en doute, et d'adopter l'opinion contraire qui me semble plus physiologique, en même temps qu'elle est plus en rapport avec les lois physiques.

Cela posé, la division du sang admise, on voit que le foie, la rate, l'intestin, et en général presque tous les viscères de l'abdomen, reçoivent un sang, je ne dirai pas moins nutritif, mais moins pur, moins homogène, et qui est précisément ce qu'il faut pour la sécrétion de leurs liquides. Aussi le sang veineux qui part de ces organes a-t-il des qualités différentes de celui que ramènent au cœur les autres parties du corps; il est plus gras, plus huileux; ses caractères physiques sont partout les mêmes, qu'il soit fourni par la rate ou par l'intestin. Pourquoi donc cette différence? L'identité du sang de la veine-porte prouve l'analogie de fonction de ces organes, comme émonctoires de l'économie et surtout du produit de la digestion. Il est cependant une remarque à faire, c'est que chez ceux de ces appareils qui sécrètent des liqueurs actives, excrémentitielles, le sang qui en revient est, par l'effet même de cette sécrétion, propre à se mêler aussitôt à la masse commune du sang veineux; celui que transmettent dans la veine cave inférieure les veines hépatiques et rénales est, dans ce cas, tandis que le sang que la rate renvoie, nullement dépouillé de ses élémens inorganiques, ne doit pas retourner en ligne droite au cœur; il faut auparavant qu'il fasse partie du sang de la veine-porte, qu'il gagne le foie et y laisse les matériaux de bile qu'il contient. C'est ici le lieu d'examiner si le sang artériel est partout identique. Dumas dit qu'il diffère dans chaque organe; Legallois, avec la plupart des physiologistes modernes, prétend au contraire qu'il est constamment le même dans tout le système artériel. D'abord il serait bon de fixer le sens que l'on attache au mot *identique*. Veut-on simplement exprimer que le sang artériel, de quelque endroit qu'il soit extrait, présente les mêmes caractères physiques, la même composition à l'analyse chimique, qu'il est partout apte à reconstituer les tissus, à les nourrir? tout le monde est d'accord sur ce point; ou bien par cette désignation veut-on faire entendre que certains élémens qui composent ce liquide sont en tous lieux les mêmes et dans le même rapport de proportion, sans pouvoir être en plus grande quantité dans telle partie que dans telle autre? Je traiterai cette question sous ce double point de vue.

La ressemblance des caractères physiques et chimiques du sang n'est pas une preuve de son identité. On trouve dans le sang veineux les mêmes principes composans que dans le sang artériel. Dire, avec Legallois, en faveur de cette identité, que du cœur aux extrémités dernières des artères le sang ne se dépouille d'aucuns élémens, ne fait

(1) Celui que rapporte d'une part la veine cave supérieure, et de l'autre, celui de la veine ombilicale, par la veine ascendante.

aucune perte, qu'il n'y a, pendant son trajet dans ces vaisseaux, aucune transsudation réelle, aucune absorption de sa partie aqueuse, est un fait vrai, mais qui n'exclut pas l'idée que j'ai admise de la division du sang en deux portions, et s'effectuant dans l'intérieur du cœur. La rapidité avec laquelle ces deux espèces de sang s'échappent de ce viscère et circulent dans l'aorte, empêche tout mélange entre eux. Ce partage du sang en deux colonnes une fois fait, dont l'une pour les parties supérieures, et l'autre pour les inférieures, le sang de chacune arrive-t-il le même aux dernières extrémités artérielles? A cette dernière question je répondrai que s'il est vrai que dans son cours il ne fait aucune perte ni aucune acquisition, si les vaisseaux dans lesquels il circule ne sont que des tuyaux de transport, ne lui font éprouver aucune élaboration, rien ne s'oppose cependant à ce que telle portion de ce sang, plus chargée de certains principes que telle autre, ne s'engage de préférence dans tel ou tel vaisseau, n'y soit attirée pour ainsi dire par une sorte d'attraction de l'organe auquel elle se rend. C'est de cette manière que l'on peut expliquer l'opinion de Dumas, qui dit que le sang artériel est différent dans chaque appareil sécréteur. Du reste, c'est ainsi que l'entendait Legallois lui-même; ou bien on peut penser que lorsqu'il traite du sang veineux, il revient sur ce qu'il a émis de trop exclusif, sur l'identité du sang artériel; considérant que celui-ci n'est que *modifié* lorsqu'il retourne au cœur et qu'il a servi à la nutrition, il dit positivement que comme le sang artériel a fourni en chaque organe des *matériaux divers*, il a dû être changé en beaucoup de *sangs veineux différens*.

Les considérations que nous venons de présenter nous permettent maintenant de donner une idée des fonctions de la rate, du système de la veine-porte, et en général des viscères de l'abdomen qui élaborent un sang veineux particulier, plus noir, plus huileux; on voit qu'elles n'ont d'autre fin que de procurer l'élimination de certains principes entaînés dans le sang avec le chyle et qui s'y trouvent encore associés, même après l'hématôse. Ce sont ces matériaux ou bien ces débris inorganiques qui se retrouvent dans le sang de la veine-porte, et qu'elle transmet au foie en alimentant sa sécrétion. Aussi, chez le fœtus, où les fonctions digestives ne s'exercent pas, ces différens organes sont très peu actifs; le foie même, à cette époque, n'est si considérable que parce qu'il fait l'office du poumon; tout ce qui chez lui est relatif à la sécrétion biliaire est loin de présenter le même développement.

Pour ce qui est des usages propres de la rate, de son action spéciale, on peut dire qu'elle n'est qu'un organe de circulation pour le sang le plus prochain de la digestion, et sur lequel même elle n'a presque d'autre effet que de le convertir en sang veineux d'artériel qu'il était.

Le volume considérable de l'artère splénique, son origine au tronc cœliaque (opisto-gastrique), à l'entrée de l'aorte dans l'abdomen, sa distribution dans un tissu spongieux, font de la rate un des premiers et principaux centres de fluxion pour le sang, immédiatement après sa sortie du cœur.

La rate n'est pas tellement importante qu'on ne puisse sans danger en faire l'extraction. Cette ablation est presque sans résultat sur la digestion. M. Dupuytren, qui l'a enlevée sur plus de quarante chiens, s'assura qu'il n'y avait rien de changé dans la circulation abdominale. La bile lui parut seulement un peu plus épaissie, sans que le foie fût plus gros. Malpighi dit que la sécrétion urinaire en est augmentée.

Au défaut de la rate, les organes digestifs, au moyen des artères nombreuses qu'ils reçoivent, sont chargés à eux seuls d'envoyer au foie les matériaux qui doivent fournir la bile; comme ils agissent les uns et les autres sur le même sang, il n'y a aucun changement dans la composition du sang de la veine-porte.

Le rein étant également lié à la digestion, quoique déjà d'une manière éloignée, j'appellerai un moment l'attention sur ce viscère; ses fonctions ont beaucoup de rapport avec celles du foie, comme étant l'un et l'autre organes sécréteurs, et séparant un liquide qui sert à la crase du sang; tous les deux forment des appareils distincts, d'une organisation particulière, et dont le produit de sécrétion est aussi tout différent. Cependant cela n'empêche pas qu'il n'y ait entre eux plusieurs points de contact, de l'analogie dans leurs manières d'agir sur l'économie; aussi les comparè-je dans leur étude. Si le foie est un organe unique qui ne ressemble qu'à lui-même, le rein n'a pour pendant que son congénère; aussi importans l'un que l'autre, ils se rapprochent singulièrement par leurs fonctions. Tous les deux, dans des temps différens, s'occupent de l'épuration des produits de la digestion; c'est de cette source qu'ils tirent chacun leurs élémens de sécrétion; l'un, le foie, en dépouillant le chyle et le sang de la veine-porte des matériaux de bile qui sont apportés avec la nutrition, de manière que ces fluides n'arrivent au poumon que déjà élaborés; l'autre, le rein, lorsque l'hématôse a eu lieu, en s'exercant sur ce sang nouvellement fabriqué, presque immédiatement à sa sortie du cœur, de telle sorte que ce que le système hépatique n'a pu extraire, ou a laissé échapper, est de nouveau repris par le système rénal, qui se l'approprie et en compose sa sécrétion. La proximité du cœur de l'artère émulgente, sa grosseur excessive comparée au volume de l'organe auquel elle se rend, la large communication entre eux des différens vaisseaux de ce viscère, font de cet appareil comme de la rate un centre de fluxion, pour la masse du sang qui émane de la digestion, et qui a besoin encore d'être épurée, en vertu d'une force attractive qui est propre à chaque organe et par laquelle il puise dans le sang ce qui convient à son exhalation. Le rein appelle à lui la partie de ce sang qui est chargée, soit de débris organiques, soit de matériaux étrangers aspirés avec le chyle dans l'intestin, et qui n'ont point été éliminés par le foie, à leur passage dans son parenchyme. Aussi l'énergie sécrétoire du rein n'est jamais plus grande qu'au moment de la digestion. Si l'on considère la quantité vraiment prodigieuse d'urine qu'il sépare à cette époque, il faut que de ce qui compose l'aliment, c'est-à-dire le chyle, les trois cinquièmes au moins soient détournés de la nutrition et employés à la formation de l'urine.

Haller estimait que la huitième partie de tout le sang du corps provenait à cet organe et subissait son action. La promptitude avec laquelle les boissons sont rendues (on me permettra cette digression en raison de l'enchaînement de fonction que j'ai dit exister entre le rein et le foie) avait

fait même penser qu'indépendamment de la voie du torrent circulatoire, il y avait encore une communication directe de l'estomac et de l'intestin à la vessie, soit par des vaisseaux, soit par la transsudation des boissons à travers les parois digestives, de sorte qu'elles cheminaient vers la vessie au moyen du tissu cellulaire intermédiaire.

Mais l'anatomie n'a point démontré qu'il existât de semblables vaisseaux, et les lois de la physiologie s'opposent à ce qu'on croie à la transmission à travers les aréoles du tissu lamineux. Gmelin et Tiedmann, qui ont fait plusieurs expériences à ce sujet, n'ont toujours obtenu que des résultats négatifs, quelque soin qu'il aient apporté dans ces recherches. Il n'y a donc que la voie de la circulation qui puisse transmettre au système rénal les matériaux qui fournissent l'urine. Comme ce liquide d'excrétion tire son origine en grande partie du sang qui s'est reconstitué par le chyle, on conçoit que ses principes seront, comme ceux de la bile, très-variables, à raison de la différence que présente l'aliment dans sa composition et qui est loin d'être toujours la même.

D'un autre côté, le foie, de même que le rein, ne remplit aucun usage local, et la liqueur qu'il extrait est toute excrémentitielle et relative à la dépuration du sang et à la décomposition du corps. La bile, aussi bien que l'urine, ne peut séjourner sans danger dans l'économie; l'épanchement de l'un et de l'autre de ces liquides dans la cavité du péritoine est presque toujours mortel; comme tous les autres *excreta*, ils donnent lieu à des accidens plus ou moins graves, lorsqu'ils se détournent de leur cours habituel et ne sont pas rejetés promptement au dehors.

## CHAPITRE IV.

SOMMAIRE. La bile est sécrétée bien avant la naissance. — Quel rapport a-t-elle alors avec la digestion? — Cette fonction existe-t-elle, à vrai dire, chez le fœtus? — Comment expliquer la présence de la bile dans l'intestin, à cette époque? — Ses usages sont invariables et non susceptibles de changer aux différens âges de la vie. — Ce qui compose le méconium.

Si l'on ne s'est pas trompé sur les usages de la bile relativement au rôle qu'on la suppose remplir dans la chylification, comment se fait-il que, dès le cinquième mois de la vie fœtale, cette liqueur arrive déjà dans le duodénum; pourquoi cette disposition? Ce ne peut être pour l'accomplissement de la digestion, puisque cette fonction n'existe pas encore, à moins qu'on ne veuille considérer comme telle l'absorption qui tour à tour a lieu de l'humeur de la vésicule ombilicale, puis de l'eau de l'amnios, selon certains physiologistes, entre autres Boerhaave, et enfin, d'après M. Geoffroy-St.-Hilaire, de la matière visqueuse qui se trouve sécrétée en abondance dans l'estomac et l'intestin, sous l'influence de l'excitation qu'y produit la bile. Il n'est point de mon sujet d'entrer dans le détail de ces hypothèses, de peser les raisons pour et contre chacune d'elles. Sans vouloir rien préjuger de leur degré de valeur, d'après l'autorité des noms qui militent pour elles, je m'en tiens à les rapporter; toutefois j'observerai que si l'une ou l'autre de ces suppositions venait à être reconnue vraie, encore serait-ce consécutivement à une nutrition quelconque se faisant dans le canal digestif, que l'on pourrait expliquer la sécrétion de la bile, et cette manière de voir, loin d'infirmer mon opinion, la fortifierait.

Je me permettrai une seule remarque à l'occasion de ces moyens d'existence du fœtus. L'absorption successive de ces diverses liqueurs, encore qu'elle n'est pas bien prouvée, ne me présente pas l'idée que l'on doit attacher au mot digestion, fonction qui, à mes yeux, ne peut commencer à s'établir qu'avec la vie extra-utérine, lorsque l'aliment qui nourrit est tiré du dehors. Je sais fort bien que, pour étayer l'idée contraire, on ne manque pas de dire que l'on a rencontré du chyle dans les vaisseaux du mésentère. Mais ne peut-il pas se faire qu'en raison de la ressemblance de leurs caractères physiques, on ait pris pour du chyle ce qui n'était que de la lymphe, comme du reste le ferait assez pressentir le grand développement du système absorbant lymphatique à cette époque. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Magendie: « Quelques personnes disent avoir vu du chyle dans le canal thorachique du fœtus. Je n'ai jamais rien aperçu de semblable sur les animaux vivans. Ce canal et les lymphatiques contiennent un fluide qui paraît être analogue à la lymphe, et qui se coagule spontanément comme elle. « L'autorité d'un tel physiologiste n'est pas peu pour décider une semblable question. C'est pour cela que j'ai cru devoir rapporter ici son opinion.

Dès-lors, si la sécrétion biliaire est chez le fœtus bien antérieure à la digestion proprement dite, son but d'utilité n'est pas uniquement de présider, de coopérer à la chylification, et son appel dans l'intestin ne tient point seulement à cette cause, on doit lui chercher un autre usage non susceptible de varier suivant les différens âges de la vie. Le foie en séparant la bile ne fait en tout temps que soustraire de l'économie des principes qui lui seraient contraires, sans que ce liquide ait jamais une destination ultérieure. Mais, objectera-t-on, si vous reconnaissez qu'il ne se fait point de digestion chez le fœtus, comment accorderez-vous la formation de la bile sans le concours de cette fonction qui selon vous doit toujours la précéder, fournissant les matériaux nécessaire à cette sécrétion. Cette contradiction n'est qu'apparente et réside toute dans les termes. Substituons au mot digestion celui de nutrition qui dans ce cas a le même sens, quoique d'une acception plus étendue, et les conséquences restent les mêmes. En effet, peu importe la manière dont l'enfant se nourrit dans le sein de sa mère, que ses principes réparateurs ne viennent point de lui, ne soient point élaborés dans ses organes digestifs, mais qu'ils lui soient transmis tout préparés, cela ne change rien aux fonctions du foie qui s'empare de ces principes, les épure comme il le fait chez l'adulte; seulement c'est la veine ombilicale qui les lui apporte, tandis que plus tard ce sont les vaisseaux lactés et la veine-porte qui s'en chargent. Le sang que charrie la veine ombilicale, quoique artériel, n'est cependant pas assez pur pour se distribuer immédiatement dans les organes si délicats du fœtus; en parcourant les vaisseaux utérins et ceux du placenta, il a perdu de ses qualités vivifiantes, il a pris quelques-uns des caractères du sang veineux, est devenu plus

gras, plus huileux, s'est chargé d'hydrogène et de carbone dont il doit se débarrasser en traversant le foie qui se comporte à son égard à la manière du poumon. On voit qu'à cette époque comme aux autres âges de la vie, la bile n'est simplement qu'un produit d'excrétion, et que l'organe qui la travaille n'agit que comme éliminateur de certains principes nuisibles. Il en est des fonctions du foie chez le fœtus comme chez l'adulte, elles sont relatives à la dépuration des humeurs de l'abdomen et principalement du sang. Mais on conçoit qu'à la naissance, lorsque la digestion sera bien établie, il devra y avoir une différence dans la quantité et la qualité des matériaux de bile qui afflueront vers cet organe, et consécutivement dans la composition de ce liquide. Ce ne sera plus un sang artériel qui pourvoira à cette sécrétion, mais un sang des plus noirs, éminemment veineux, ayant déjà les caractères de la bile.

On ne peut se lasser d'admirer cette prévoyante disposition de la nature, d'avoir placé au milieu des nombreux viscères que renferme la cavité abdominale, là où la vie organique d'assimilation est très étendue, un appareil qui, des débris, du surplus de la nutrition, trouve à composer la liqueur qu'il sécrète.

Ne peut-on pas admettre aussi que l'arrivée, la présence de la bile dans l'intestin, dès la vie intrà-utérine, ont cet avantage inappréciable de disposer, d'habituer par degrés les voies digestives à recevoir le contact des alimens qui ne manquerait pas de les exciter au point de les enflammer, si elles n'y étaient préparées long-temps d'avance. On est d'autant plus porté à le croire qu'à mesure que le fœtus approche du moment de sa naissance, la bile acquiert aussi des propriétés plus actives, se colore, devient plus amère. En même temps qu'elle est rendue plus acrimonieuse, elle sollicite, éveille davantage les contractions de l'intestin et procure ainsi la sortie du méconium. Au sujet de ce liquide, n'est-ce pas encore le fluide biliaire qui, chez l'enfant nouveau-né, le constitue en grande partie? Le méconium est regardé par tous les physiologistes comme le résidu de l'élaboration organique. Pourquoi, à la naissance, la bile changerait-elle de destination? Pourquoi cesserait-on de l'envisager comme un produit excrémentitiel? Serait-ce lorsque, par ses élémens de composition, elle devient plus active, plus irritante, qu'elle finirait son rôle éliminatif, pour prendre celui d'agent principal de la digestion. Une pareille assertion n'est pas admissible, et cependant on la professe encore tous les jours sans s'apercevoir du contre-sens physiologique que l'on établit, tant il est vrai que l'habitude exclut la réflexion. Selon moi, la seule différence qui existera pour ce résidu organique, c'est qu'après la vie intrà-utérine il sera moins rapproché, séjournant moins long-temps dans le canal digestif, n'atteindra pas une teinte verdâtre ou d'un noir foncé, mais la couleur jaune qui distingue la bile dont il retiendra le nom, au lieu de celui de méconium qu'il portait d'abord (1).

En examinant la composition du méconium, on trouve qu'il est formé des mêmes principes que la bile; qu'il ne se teint en jaune, et que sa couleur ne devient progressivement plus marquée, comme l'ont observé Lobstein et Meckel, qu'à mesure que la bile est sécrétée, et acquiert elle-même les caractères qui lui sont propres. M. Portal dit positivement dans son ouvrage des maladies du foie, que le méconium n'est pas autre chose que la bile qui a pris une couleur noire très foncée dans la vésicule du fiel. (Page 148.)

Soumis à l'analyse, ce résidu organique n'a fourni également à Vauquelin que de la bile mêlée au mucus intestinal, et quelques poils soyeux attribués à la présence de l'eau de l'amnios. Comme on n'a jamais prétendu, que je sache, que le méconium fût utile au premier travail de chylification chez l'enfant nouveau-né, qu'on pense au contraire qu'il peut lui nuire s'il n'est promptement rejeté, je ne vois pas pourquoi et comment, en changeant de nom pour prendre celui de bile, il acquerrait des qualités qu'il n'avait pas, et deviendrait par la suite la condition essentielle d'une fonction à laquelle il serait demeuré primitivement étranger, et lorsque, surtout ses propriétés rendues, plus actives, en font une liqueur plus acrimonieuse et des plus excrémentitielles. Je ne comprends pas comment on peut à la fois concilier l'analogie de composition que l'on dit exister entre ces deux liquides qui ne diffèrent que de nom, suivant les âges de la vie, avec les attributions si opposées qu'on leur assigne à l'une et à l'autre époque ..... Je le répète, il serait bon qu'on expliquât comment la bile qui, à l'état de méconium, était destinée à être entièrement rejetée de l'économie, devient à la naissance en partie recrémentitielle, en partie excrémentitielle. Qu'on nous dise quels sont les nouveaux principes qui s'y ajoutent, en changent, en modifient singulièrement l'âcreté, et la rendent propre à l'assimilation organique? Avant cela, nous persisterons à la considérer dans tous les temps comme un produit tout excrémentitiel.

## CHAPITRE V.

Sommaire. Il y a des animaux qui n'ont pas de foie; un fait de ce genre s'est présenté chez l'homme. — Du foie à l'état élémentaire. — Cet organe est très-développé dans les animaux inférieurs. Et pourquoi. — Un mot sur le tempérament désigné sous le nom de bilieux — Quelle idée doit-on se former de l'hypertrophie du foie communément appelé *foie gras*.

Si la bile est réellement indispensable pour que la chylification ait lieu, comment expliquer la possibilité de ce phénomène chez les animaux qui manquent de l'appareil sécréteur de ce liquide. Quoique en général le nombre de ces animaux soit fort restreint, toujours est-il qu'il en existe, chez lesquels on ne trouve même pas le moindre rudiment de cet organe qui puisse y suppléer d'une manière quelconque, et cependant, malgré cette lacune, la nutrition ne se fait pas moins bien.

Le foie paraît finir avec les mollusques, mais quelle différence dans sa manière d'être avec ce qu'il est chez les vertébrés! Son sang ne lui vient plus d'un système veineux spécial; aussi la rate manque-t-elle. C'est de l'aorte qu'il reçoit à la fois celui qui est nécessaire à sa nutrition et à sa sécrétion; à défaut de la veine-porte les vaisseaux lactés, dont

(1) Ce qui prouve que le méconium n'est autre chose que de la bile, c'est que chez les enfans qui ne le rendent pas peu de temps après leur naissance, tous les phénomènes de l'ictère se produisent.

l'existence est constante avec la sienne, lui transmettent encore des matériaux pour la formation de la bile. Mais ce liquide diffère essentiellement de ce qu'il est dans les animaux supérieurs. On ne trouve plus de vésicule du fiel. Le canal cholédoque se rencontre assez souvent; néanmoins, dans les gastéropodes, parmi les doris, il présente une division toute particulière; avant de s'engager dans l'estomac, il donne naissance à un autre canal qui se termine au-dehors près de l'anus. Cette disposition, remarque Cuvier, *est assez significative pour faire regarder la bile de ces animaux comme un fluide entièrement excrémentitiel.* On est étonné que ce naturaliste si distingué ait borné là ses inductions. La plupart des crustacés n'ont que de faibles rudimens du foie semblables à plusieurs petits pancréas, si on les envisage seulement dans leurs formes extérieures. Les vers en manquent; les insectes n'en ont qu'un supplément encore bien imparfait; les zoophytes n'ont rien qui puisse en tenir lieu, et cependant tous ces animaux inférieurs offrent une grande activité dans leurs fonctions digestives. Dira-t-on, pour motiver cet état de choses, que chez eux la présence de la bile n'est pas nécessaire pour opérer la dilution de l'aliment, celui-ci étant constamment le même et d'une nature simple, peu composée? N'est-ce pas plutôt parce que le produit de la digestion de cet aliment ne contient point d'élémens de bile, qu'il peut de suite aller reconstruire les tissus sans éprouver préalablement l'action d'un organe éliminateur comme est le foie? Enfin, que devient cette prétendue importance de la bile dans la chylification, si, chez l'homme! qui occupe le premier rang parmi les êtres organisés, l'appareil fabricateur de ce liquide peut manquer? Un cas semblable s'est déjà présenté: Lieutaud rapporte, dans son *Histoire anatomique médicale* (liv. 1er, pag. 190), une observation de Gaspard Bauhin, ayant pour titre: *hepar deficiens.* Il y est question d'un sujet dans le corps duquel on ne trouva aucune trace ni du foie, ni de la rate, mais dont les parois des intestins étaient très-épaisses et charnues, et auxquelles aboutissaient des rameaux de la veine-porte. L'authenticité de ce fait ne peut être mise en doute d'après l'observateur qui en témoigne, et celui qui nous l'a transmis. Quoiqu'il soit vrai en général que le foie se rencontre chez presque tous les animaux, même chez ceux d'un ordre assez inférieur, que son existence paraisse liée à celle du canal intestinal, on ne peut en arguer l'utilité du liquide qu'il sécrète, comme devant concourir nécessairement à la digestion. Cette conséquence est loin d'être rigoureuse. Cette corrélation d'existence de ces deux appareils peut aussi bien servir à établir que les fonctions du foie sont consécutives, au lieu d'être causes des phénomènes qui se passent dans l'intestin.

Si maintenant, après cet examen du foie dans les différentes classes d'animaux, nous nous éclairons des lumières que nous fournit l'anatomie comparée, à l'effet de connaître la structure de ce viscère, depuis son état le plus simple, jusqu'à son organisation la plus compliquée, nous voyons que le foie ne constitue d'abord, quelle que soit la classe dans laquelle on l'étudie, qu'un véritable crypte; sauf le canal excréteur qu'il possède en plus, il en a tous les caractères. Bientôt on voit paraître d'autres granulations qui s'ajoutent au crypte principal; elles sont distinctes, isolées les unes des autres, ce qui les a fait comparer à autant de petits pancréas groupés en forme de grappe. A mesure que l'on avance davantage dans l'échelle animale, on remarque que ces follicules se sont réunis, ne forment plus que deux ou trois corps séparés, qui eux-mêmes finissent par ne plus faire qu'un seul et même organe, et que recouvre alors une enveloppe commune. La marche que suit ce viscère dans son développement est celle de tous les organes improprement dits glanduleux, tels que le thymus, la rate, le rein. Tous ces appareils, réduits à leurs élémens primitifs ne sont aussi, pas autre chose que des cryptes.

Le nombre et l'ordre des vaisseaux qui se rendent au foie sont très-variables. L'existence et la position de la vésicule du foie ne sont pas non plus constantes. La couleur de la bile et l'aspect du foie présentent aussi des différences suivant les classes d'animaux. Le rapport des lobes, même dans chaque espèce, n'est pas toujours égal.

On croit avoir observé que les sillons d'où partent les vaisseaux, sont d'autant plus profonds que le système hépatique est plus complet. Il n'en est pas de même de son volume qui, au contraire, est plus considérable à mesure que l'on descend l'échelle zoologique; ainsi, proportion gardée, il occupe moins de place dans les mammifères que dans les oiseaux, chez ceux-ci que chez les reptiles, et chez ces derniers que chez les poissons. Dans quelques-uns de ces animaux inférieurs, son volume est si excessif que l'estomac et l'intestin sont enveloppés par le foie qui semble creusé pour les recevoir. A lui seul il forme un bon quart de la masse totale de l'individu. Il serait bien impossible de se rendre compte d'un développement aussi extraordinaire, si l'on ne savait que, chez ces animaux, la vie organique, d'assimilation, constitue presque leur existence. Cependant une grande capacité du foie n'est pas un indice de sa perfection relative; son utilité par rapport au liquide qu'il sécrète ne se fait jamais mieux sentir que dans les animaux supérieurs, lorsque les fonctions digestives sont moins simples, que les alimens sont plus variés, plus composés. Le foie est fort actif chez les ruminans, qui exercent sans relâche leur quadruple estomac, et chez les carnassiers, qui se repaissent de substances fortement animalisées. L'énergie de ses fonctions est surtout prédominante chez l'homme. Elle est telle chez certains individus qu'elle sert à établir les principaux caractères de leur tempérament que l'on désigne pour cela sous le nom de *bilieux.* A cette occasion je ferai remarquer que ce n'est pas à raison de leur tempérament, c'est-à-dire de la facilité de la sécrétion biliaire, que ces personnes mangent beaucoup; mais cette circonstance tient plutôt à ce qu'elles digèrent très-promptement et que leur appétit se renouvelle sans cesse. Par suite il n'est pas étonnant que le système hépatique à son tour, toujours incité par l'arrivée continuelle des sucs digestifs (1), sécrète dans une proportion semblable. D'un autre côté, la bile qui est versée abondamment dans l'intestin, devient une cause permanente d'excitation, qui a pour résultat le plus prochain, tout en précipitant la digestion comme *stimulus*, de rendre aussi plus vif le sen-

(1) On se rappellera que nous avons prouvé que ces sucs, le chyle entre autres, parcourent le foie avant d'arriver au canal thoarchique.

timent de la faim. De là encore appel à une nouvelle ingestion d'alimens. C'est ainsi que d'effet qu'elle était primitivement, la bile peut devenir à son tour une cause d'appel vers l'intestin.

Cette corrélation entre les élémens qui fournissent la bile et sa quantité est nécessaire pour prévenir l'obstruction des viscères de l'abdomen, obstruction qui ne manquerait pas d'avoir lieu, si le foie n'avait pas une énergie de sécrétion mesurée sur l'activité des organes digestifs. Mais comme les meilleurs rouages toujours en mouvement finissent par perdre de leur régularité, de leur précision, et s'enraient ensuite complètement; de même aussi, à la longue, le système hépatique trop exercé est affaibli dans ses ressorts, se laisse pénétrer, surprendre par les sucs de la digestion, dont il a ensuite la plus grande peine à se débarrasser. Insensiblement les organes voisins qui sont liés avec lui le plus étroitement partagent cette gêne, la circulation de leurs liquides rencontre de jour en jour de plus grands obstacles, ils s'engorgent, et deviennent le siége de lésions plus ou moins graves. Cet effet se remarque chez presque tous les grands mangeurs, qui mènent une vie sédentaire. Qui ne sait que presque tous, après avoir présenté une obésité considérable, dépérissent et succombent à des hépatites chroniques, dont le principal caractère est la dégénérescence lardacée ou adipocireuse du foie, avec hypertrophie. La manière dont nous avons expliqué que cette affection se produit est la seule que l'on puisse donner. C'est si bien le procédé qu'emploie la nature, qu'on ne fait pas autre chose que de l'imiter en produisant à volonté cette maladie sur les animaux dont on veut avoir le foie pour sa grosseur : ces animaux que l'on gorge d'alimens, engraissent d'abord considérablement, mais au bout de quelques jours ils maigrissent, leur estomac que l'on ne cesse de remplir outre mesure, se fatigue, la répartition de la nutrition ne se fait plus aussi bien. Des viscères de l'abdomen le foie est un des premiers à s'engouer, comme étant le point central où viennent affluer les liquides de la digestion. Bientôt sa sécrétion n'est plus aussi active, elle ne suffit plus à l'élimination des sucs nombreux qui lui arrivent et dont la quantité n'a pas diminué. La partie de ces liquides qui n'est pas employée à la composition de la bile, se répand dans le parenchyme du foie, le distend de toutes parts. Cet organe prend un volume vraiment excessif et passe ensuite à l'état gras. Si on l'incise, son tissu offre la même couleur à l'intérieur qu'à l'extérieur, c'est-à-dire, une teinte d'un blanc mat ou d'un blanc un peu fauve; de plus il s'attache au scalpel, cache son brillant par une matière graisseuse adhérente et qui a quelques-uns des caractères de la bile. Le mécanisme de cette transformation, bien qu'ignoré dans sa nature, ne reconnaît pas d'autre cause que cette surabondance de sucs nutritifs. Tous les jours nous voyons que ces expériences fournissent constamment les mêmes résultats. Il en est du foie comme des autres viscères qui, tous, sans exception, sous l'influence de certaines conditions, affectent plus particulièrement dans leurs maladies un genre de lésions qu'un autre, sans qu'on sache à quoi tient cette préférence; car si l'on conçoit bien qu'à raison d'une excitation et d'une nutrition trop abondante, le foie atteigne des dimensions prodigieuses, au point de tripler de volume, on ne s'explique pas aussi facilement comment s'effectue son passage à l'état gras, pourquoi cette terminaison a lieu plutôt qu'une autre. On sait seulement que les conditions les plus favorables à cet état consistent dans une alimentation copieuse avec le repos le plus absolu.

De ces diverses considérations physiologiques, il résulte que le foie n'appartient point exclusivement à la digestion, puisqu'il existe des animaux qui n'ont même pas le plus petit rudiment de ce viscère et qui cependant ne laissent pas que d'assimiler les alimens. Du même nous avons vu que chez ceux où il se montre constant, il reste encore en dehors de cette fonction, ou n'y figure que comme organe très-secondaire. Ainsi il est à remarquer que la bile avec laquelle il est sensé agir, vient précisément du lieu où la chylification s'opère, c'est-à-dire que les matériaux qui servent à sa composition tirent leur origine de l'intestin, au moment où celui-ci s'exerce sur la pâte alimentaire, et se l'approprie, de telle sorte que la sécrétion bilaire est la conséquence de la digestion, loin d'en être la cause efficiente. D'ailleurs si la bile était réellement indispensable à la séparation du chyle, comme cette fonction constitue principalement l'animalité, ce phénomène ne devrait pouvoir s'exécuter, quelle que soit la classe même la plus inférieure à laquelle appartient l'animal, sans le concours de ce fluide qui en serait alors sans contredit l'agent, la condition *sine quâ non*. Ce fait, posé en thèse générale, n'admettrait aucune exception, car dans ce cas, la digestion deviendrait impossible; or, j'ai fait voir que cette conséquence n'est pas rigoureuse, que cet effet voulu, regardé comme de toute nécessité, ne se produit pas; donc on est fondé à refuser à la bile l'importance qui lui était accordée.

Si maintenant nous examinons les expériences faites sur la digestion, si nous comparons entre eux les résultats obtenus par les différens liquides appartenant à cette fonction et qui y remplissent un rôle, en cherchant de quel côte est l'avantage, nous serons encore étonnés, d'après les idées généralement admises, que la bile se montre la moins efficace, que son action sur la pâte alimentaire passe inaperçue, s'il est vrai qu'elle en ait une.

Je vais m'attacher à donner de ces expériences ce qui a trait à mon sujet; ce sera, il me semble, la meilleure contre-épreuve des raisonnemens et inductions physiologiques que j'ai présentés sur le foie.

Dans cet examen, je suivrai l'ordre que garde l'aliment dans son trajet au milieu de l'intestin, en signalant les élaborations successives que lui fait éprouver dans chaque portion du canal digestif le liquide qui s'y rencontre

## CHAPITRE VI.

SOMMAIRE. De l'aliment dans la cavité buccale, le pharynx, l'œsophage, jusqu'à son entrée dans l'estomac. — Action de la salive et des sucs muqueux de cette portion du tube digestif.

Pendant le peu de temps que l'aliment séjourne dans la bouche, il subit des modifications importantes dans sa manière d'être. Divisé à l'infini par la mastication, il se prête ensuite plus facilement à l'imprégnation de la salive et des

sucs muqueux de cette cavité. En raison de cette double action qui constitue la première élaboration digestive, l'aspect, la composition de l'aliment sont tout à-fait changés ; quoiqu'on reconnaisse encore les parties qui ont servi à le former, elles ne sont plus dans leur ensemble aussi dissemblables, elles présentent déjà une pâte assez homogène et assez liquide, dont la cohésion diminue et la température devient égale à celle du corps.

L'imprégnation par la salive étant une fois terminée, l'aliment rassemblé en forme de bol glisse sur le plan incliné que figure alors la langue, traverse l'isthme du gosier, s'engage dans le pharynx, qu'il ne fait que parcourir ainsi que l'œsophage ; mais les mucosités abondantes que sécrètent les follicules de ces parties l'enveloppent à son passage, l'invisquent de plus en plus. C'est dans cet état qu'il parvient à l'estomac, où de nouveaux liquides de la même nature viendront s'ajouter à ceux qu'il recèle déjà.

Les changemens qu'éprouve l'aliment dans la cavité buccale ne sont pas, comme on le pense, des changemens mécaniques consistant simplement dans le ramollissement, la conversion de l'aliment en une pâte molle qui en rende la déglutition plus facile ; il y a quelque chose de plus, il s'y produit un commencement d'altération. Si cette transformation de matière est encore peu marquée, c'est que l'action des sucs qui l'effectuent n'a pas le temps de se développer complètement pendant le court séjour que fait l'aliment dans cette cavité. Si on l'y retient plus longtemps que d'habitude, il se dissout en grande partie, devient très-fluide, et finit même par représenter une bouillie grisâtre. On sait que les alimens qui ont été soumis à une mastication, à une insalivation plus prolongée, plus parfaite, sont aussi plus promptement chymifiés, et que dans cet état, lorsqu'ils sont bien imprégnés de salive, si l'on vient à les rejeter au lieu de les avaler, ils s'aigrissent et se corrompent en peu de temps, ce qui prouve bien qu'ils sont changés, altérés dans leur composition. Cette première élaboration, quelle qu'elle soit, se fait aux dépens d'un liquide onctueux, filant, d'origine tout-à-la-fois muqueuse et glandulaire, qui a la plus grande analogie avec le suc gastrique, et dont l'action est partant la même, comme je le ferai voir plus bas dans les expériences comparatives sur chacun des liquides de la digestion.

## CHAPITRE VII.

Sommaire. De la digestion stomacale. — Des systèmes inventés pour l'expliquer. — Du suc gastrique ; du lieu, du temps de son exhalation ; sa quantité, ses usages, son action dissolvante, même en dehors de l'économie. — Mode de vitalité de l'estomac.

De nombreuses expériences ont été faites dans le but de pénétrer ce qui se passe dans l'acte de la digestion, mais il s'en faut que toutes ces tentatives aient été couronnées de succès ; à peine même si quelques-unes ont eu plus que l'intérêt du moment. Néanmoins que de systèmes en sont résultés à l'aide desquels on a cru tour à tour pouvoir donner la solution de ce grand phénomène de la nutrition. Je ne rappellerai que ceux qui ont trait à la trituration, à la coction, à la fermentation, à la macération et à la putréfaction. Toutes ces comparaisons, l'une mécanique, les autres chimiques, manquent d'exactitude, et quelque analogie qu'on veuille y trouver avec la manière dont s'opère la digestion, elles ne peuvent représenter, surtout si on les envisage chacune séparément, qu'une idée fausse ou au moins bien imparfaite d'une fonction organique vitale, placée au-dessus des lois purement physiques.

Je me garderai cependant de placer sur la même ligne l'action dissolvante du suc gastrique ; ce n'est pas comme simple agent chimique que ce liquide a la propriété de convertir en une pâte homogène les alimens les plus différens ; il y a en lui quelque chose de plus, la vie l'anime et ajoute à sa vertu. Car les fluides animaux, aussi bien que les organes, jouissent d'une espèce de vie qui leur est propre et particulière dans chacun d'eux. Ainsi la lymphe est habile à recomposer le sang, celui-ci à reconstruire nos tissus, sans qu'on sache trop comment ils le font. De son côté, le suc gastrique est apte, à sa manière, à effectuer la chymification. Il suffit de savoir qu'il s'acquitte de cette fonction, sans chercher à pénétrer ce qu'il n'est pas donné de connaître.

Semblable à tous les autres produits d'exhalation, ce suc ne peut être isolé dans ses effets de l'organe qui le fournit. Son influence, comme on le pense bien, est subordonnée à l'action vitale de l'intestin. C'est à raison de son mode particulier de sentir et d'être au moment de la digestion, que l'estomac sécrète un fluide qui devient propre à la dissolution des alimens et par suite à leur conversion en chyme. Ce phénomène, bien qu'admirable, considéré en lui-même, n'est cependant pas sans avoir son pareil dans la nature. Il ressemble à toutes les actions du ressort de la vie, dont l'essence nous est inconnue. Il ne surprend pas davantage, pour ne citer qu'un exemple, que l'effet des humeurs de l'œil dans l'acte de la vision (1), où la lumière comme corps étranger finit par s'identifier aux différens milieux qu'elle parcourt, devient propre, après plusieurs combinaisons, à impressionner le centre visuel sans trop l'exciter ; mais avant ce résultat que de travaux préliminaires, quelle série d'élaborations les diverses parties de l'appareil oculaire feront subir aux rayons lumineux ; il faudra qu'ils passent successivement à travers les humeurs aqueuses, le corps vitré, le cristallin, qui (chacun différemment) modifient ces rayons, les réfractent ou s'en emparent, tempèrent ou soustraient leur vif éclat, avant qu'ils ne frappent la rétine et ne soient perçus du nerf optique. Cette digestion de la lumière, si je puis m'exprimer ainsi, par les milieux plus ou moins consistans de l'œil, n'est pas moins étonnante, si elle ne l'est pas plus, que celle de l'aliment par le suc gastrique.

Si dans cette circonstance on ne peut expliquer le phénomène de la vision, dans l'organe qui l'exécute, sans la par-

(1) On doit penser que ce n'est point simplement comme appareil d'optique que je considère l'œil ; mon intention n'est pas de présenter une nouvelle théorie physique de la vision ; j'analyse seulement de ce phénomène l'action intérieure, vitale, des humeurs de l'œil sur les rayons lumineux, la manière dont elles se les approprient.

ticipation des liquides qui le composent, et sans le concours d'un excitant extérieur qui est le fluide lumineux, pareillement, dans l'acte de la chymification qui est une opération compliquée, on ne peut séparer l'action de l'estomac sur l'aliment de celle du suc gastrique, et *vice versâ*. Ici l'aliment est le corps étranger que l'économie va s'approprier; l'estomac est l'organe auquel cette fonction importante est confiée, et le suc gastrique le moyen mis à la disposition de ce viscère pour atteindre ce but. Il ne faut pas croire que la présence de ce liquide soit tout-à-fait superflue, ou au moins bien accessoire; au contraire, tout ce qui pourrait suspendre sa sécrétion serait une cause suffisante pour empêcher l'accomplissement de la digestion. Il y remplit un rôle principal en s'interposant entre l'aliment et la surface intérieure de l'estomac qu'il préserve d'un contact trop immédiat, et sous ce rapport, comme relativement à ses propriétés dissolvantes, son histoire se rattache tout entière à celle de la chymification dont il est presque à lui seul l'agent efficient. Je l'examinerai sous ces deux points de vue.

On est peu d'accord sur l'origine du suc gastrique; suivant les uns, il n'est que de la salive avalée dans l'intervalle des repas et mise en réserve pour la chymification. Suivant d'autres, il provient entièrement de l'estomac et n'est que le produit des sécrétions perspiratoire et folliculaire de la muqueuse de cet organe; si de la salive s'y trouve mêlée, c'est accidentellement, et elle y est en très-petite proportion. D'après la ressemblance de ces fluides entre eux, l'analogie de leurs principes constitutifs, leur saveur qui est à peu près la même, on conçoit qu'on ait pu faire quelques méprises à leur égard. Entre ces deux opinions exclusives, la moyenne approche le plus de la vérité; car s'il est constant que de la salive se rencontre dans l'estomac, il est bien démontré aussi qu'il se fait à la surface de ce viscère une exhalation muqueuse qui est très-abondante au moment de la digestion.

L'opinion qui attribue la chymification de l'aliment à la présence de la salive déposée dans l'estomac, plutôt qu'à un liquide particulier sécrété dans cet organe, a été soutenue de nos jours par de Montègre, physiologiste des plus distingués qui, ne voulant d'abord que réfuter ce qu'il y avait d'exagéré dans les conclusions des expériences de *Spallanzani* au sujet du suc gastrique, est tombé à son tour dans un autre extrême, et est allé jusqu'à récuser l'existence de ce fluide, et par conséquent son action dissolvante; mais il s'en faut que les faits sur lesquels il s'appuie soient des preuves incontestables, quoiqu'au premier coup-d'œil ils paraissent assez concluans. Accordons à de Montègre que, dans l'intervalle des repas, l'estomac ne soit rempli que de la salive avalée à chaque instant et des mucosités de cette portion de l'intestin; qu'il soit vrai que ce physiologiste soit parvenu dans ses expériences sur les animaux, à priver ce viscère de toute espèce de liquides, soit en les absorbant par la magnésie, soit en les pompant au moyen de petites éponges introduites dans la cavité stomacale; que, d'autres fois, cet expérimentateur, en opérant sur lui-même, mettant à profit la faculté qu'il avait de se faire vomir à volonté, ait retiré de son estomac à jeun les divers sucs qu'il contenait, et qu'il ait observé que malgré cela dans ces différentes circonstances, les digestions ne s'effectuaient pas moins, on n'en saurait conclure, comme cet auteur l'a fait, que les alimens sont chymifiés sans le secours du suc gastrique, et que ce liquide n'existe pas; car rien n'infirme la possibilité d'une sécrétion qui aurait lieu seulement au moment où l'aliment aborde l'estomac. Rien ne prouve que, consécutivement à l'excitation qu'en reçoit cet organe, il ne se fasse pas instantanément, à sa surface, un afflux considérable de suc gastrique, et que ce ne soit pas ce suc qui se trouve pénétrer l'aliment, lorsqu'on le rejette après qu'il a séjourné quelque temps dans l'estomac, mais de la salive, comme le prétend de Montègre.

Aux résultats des observations que ce physiologiste a faites sur lui-même, on peut opposer les expériences du même genre et plus récentes du docteur Pinel, qui possède aussi la faculté de se faire vomir à volonté.

Ce médecin, en expérimentant sur le suc gastrique, a vu qu'à chaque fois qu'il avalait une gorgée d'eau ou une bouchée d'aliment, il faisait arriver dans son estomac un suc particulier dont il a pu obtenir jusqu'à une demi-livre, et qui, analysé par MM. Thénard et Chevreul, a présenté les caractères attribués communément au suc gastrique. Le second de ces chimistes l'a trouvé légèrement acide; du reste, M. Pinel dit que sa saveur est loin d'être constamment la même.

L'existence de ce liquide est donc tout-à-fait hors de doute. La manière dont l'estomac est constitué demande même qu'une semblable exhalation ait lieu à sa surface.

Qu'on réfléchisse un moment au nombre considérable de vaisseaux qui se rendent à ce viscère, et par suite à la quantité de sang qu'ils lui apportent, principalement quand il est rempli d'alimens, et l'on ne pourra se refuser à croire qu'une grande partie de ce sang ne soit pas employée à une sécrétion quelconque, ou sans cela cet organe serait suffoqué, ne manquerait pas d'être frappé d'apoplexie presque immédiatement après l'ingestion des substances alimentaires dans sa cavité.

Du reste, c'est un phénomène bien connu et des plus faciles à vérifier, qu'aussitôt le premier éveil de la faim, et surtout si on y satisfait, le suc gastrique, qui, il n'y a qu'un instant, se remarquait à peine à la surface de l'estomac, devient tout-à-coup très-abondant, s'y accumule et le remplit presque en entier. On le voit transpirer de toutes parts de la muqueuse et de ses nombreux follicules. Il suffit, pour s'en convaincre, d'ouvrir l'estomac d'un animal aussitôt après lui avoir donné à manger.

De même que l'aliment à son passage et dans son court séjour dans la bouche, provoque par l'impression qu'il y fait une sécrétion plus abondante de salive, de même aussi, lorsqu'il arrive dans l'estomac, il devient pour ce viscère un agent spécial d'excitation et consécutivement détermine l'afflux du suc gastrique. L'un et l'autre de ces liquides, quoique provenant de sources différentes, reconnaissent la même cause dans leur production, ont à peu près les mêmes usages, agissent simultanément dans un but commun, tous les deux possèdent presque les mêmes qualités, et en changent ensemble suivant l'espèce d'aliment qu'ils sont chargés d'imprégner ou de dissoudre.

Le suc gastrique (et il en est de même de la salive) est loin d'être identique dans toutes les espèces d'animaux;

ne l'est pas même dans un même individu, comme l'a très-bien fait observer *Chaussier;* mais il diffère à chaque repas selon la nourriture que l'on prend; il est précisément ce qu'il doit être pour en effectuer la chymification, ce qui ne pourrait avoir lieu s'il était séparé d'avance.

Il est plus ou moins actif, plus ou moins séreux, tantôt acide, tantôt alcalin, cela dépend de la nature de l'aliment ingéré. Si celui-ci est peu sapide, s'il est composé en grande partie de gélatine, de graisse ou d'albumine, ou en général de substances peu capables par elles-mêmes de stimuler l'estomac, le suc gastrique, pour obvier à l'inertie de ce viscère, sera rendu plus actif. A ses propriétés dissolvantes s'en joindront d'autres qui le rendront excitant; il sera légèrement acide, et alors l'aliment, en s'unissant à ce liquide, en empruntera quelques-uns des caractères qui faciliteront sa digestion.

Cette faculté acidifiable du suc gastrique se remarque surtout chez l'enfant, à l'égard du lait qui fait la base principale de sa nourriture. On sait avec quelle promptitude cette liqueur animale, azotée, qui ne contient que des principes doux, presque sans saveur, se caille et s'aigrit par son mélange avec ce menstrue.

Dans le cas, au contraire, où l'aliment est par lui-même suffisamment irritant pour provoquer les contractions de l'estomac, ce suc n'agit plus alors que comme simple dissolvant; il est fade, visqueux, plus ou moins alcalin, au lieu d'être acide; il verdit légèrement le sirop de violettes et en général toutes les couleurs bleues végétales. On contestera, je n'en doute pas, que je puisse établir d'une manière aussi positive les caractères de ce liquide dans ces diverses circonstances, alléguant d'abord la difficulté qu'il y a de s'en procurer au moment de la digestion, et de plus l'impossibilité où l'on est de l'isoler parfaitement de l'aliment qui lui-même peut recéler encore quelques particules alcalines, et, dans ce cas, en imposer sur le succès de l'expérience. Mais je ferai observer que lorsque j'ai voulu constater les propriétés du suc gastrique, soit comme acide, soit comme alcalin, j'ai toujours agi sur ce fluide lorsque j'étais sûr qu'il était pur, nullement mélangé, tel que peut le fournir un animal pris à jeun, et dont on aurait excité l'appétit par la présence des mets et en les lui faisant flairer. Il suffit qu'il les convoite, les désire, pour qu'aussitôt l'exhalation gastrique commence à s'effectuer, et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que le liquide qui en résulte est, par une sorte de prévision de la nature, précisément celui qui convient au genre d'aliment que l'estomac va recevoir (ce fait est également applicable à l'homme). En général, le suc gastrique m'a paru avoir des caractères opposés à ceux du stimulus qui en avait provoqué la sécrétion (1). Ainsi s'explique pourquoi certaines substances fortes, et principalement les acides assez concentrés, déterminent à leur seule approche des organes digestifs une exhalation d'un mucus visqueux des plus douceâtres.

(1) Je connais un médecin qui ne peut supporter l'odeur fade, douceâtre des hôpitaux, ni voir un cadavre en état de dissection, ou la surface d'une plaie suppurante, sans qu'aussitôt il soit incommodé par l'abondante sécrétion d'une salive tellement salée, âcre, qu'elle l'oblige, pendant tout le temps qu'il reste sous l'une ou l'autre de ces influences, à une expuition presque continuelle.

Pour moi, j'ai souvent éprouvé, étant à jeun, à la simple odeur du vinaigre, une salivation des plus abondantes, filante, d'une saveur fade, presque nauséeuse, se comportant à la manière d'un alcali avec les couleurs bleues végétales; et si je ne m'empressais de remplir l'estomac, j'étais pris de vomissemens d'un liquide également visqueux, ayant la plus grande analogie avec la salive et se conduisant de même avec les mêmes réactifs. Ce ne pouvait être que du mucus contenu dans l'estomac, du suc gastrique enfin, que la même cause y avait fait affluer. La continuité de la muqueuse buccale à celle de l'intestin, les rapports de sympathie qui les unissent, rendent très-bien compte de cette stimultanéité de fonctions dans des organes déjà distans l'un de l'autre. J'ajouterai que cet état de malaise, cette fadeur dans la région de l'estomac, que l'on désigne vulgairement sous le nom impropre de maux de cœur, ne cessaient chaque fois qu'au moment où je prenais des alimens, lesquels avaient besoin d'être relevés de haut goût, si je voulais mettre promptement fin à ces accidens.

Qui ne sait que plusieurs personnes, surtout celles d'un tempérament lymphatique et dont les sécrétions muqueuses sont fort actives, rejettent à leur réveil une grande quantité de matières glaireuses, contre lesquelles elles ne trouvent pas de meilleur remède que le vin, l'eau-de-vie et les liqueurs aromatiques.

De ces faits il résulte que le suc gastrique et la salive ont constamment, entre eux, la plus grande ressemblance dans leur composition, de telle sorte qu'on peut présumer, par les qualités de l'un, quelles seront les qualités de l'autre. On peut en dire autant du fluide que fournit la glande salivaire abdominale, le pancréas; ce fluide est tantôt acide, tantôt alcalin; voilà pourquoi Sylvius trouvait qu'il était acide, tandis qu'au contraire, Frédéric Hoffmann, Boërrhaave pensaient qu'il était alcalin.

On voit aussi que ces liquides sont tout-à-fait sous l'influence nerveuse, puisque les organes qui les sécrètent en modifient les qualités, les propriétés chimiques, suivant l'impression qu'ils reçoivent eux-mêmes de l'aliment, et il demeure prouvé que ces propriétés sont constamment dans un rapport inverse de celles que possède cet aliment.

Je me trouve donc encore en opposition avec ce que les auteurs, même les plus modernes, ont écrit sur ces deux liquides, et notamment sur le suc gastrique, qu'ils regardent comme empruntant du produit de la digestion quelques-uns de ses principes constitutifs, en même temps qu'il en conserve les saveurs.

C'est le contraire qui a lieu, et en cela cette disposition n'a rien qui doive étonner; elle est conforme à ce qui se passe le plus généralement dans l'économie, où la loi des contrastes est le plus en vigueur. Presque tous les organes approprient, différencient leur sécrétion, suivant la manière dont ils sont affectés par leur stimulus, et le plus souvent de façon à en neutraliser les effets. C'est même sur cette connaissance que le médecin fonde ses moyens curatifs, et qu'il s'appuie dans l'usage si varié qu'il fait des agens thérapeutiques. Produire un état opposé à celui qui existe, voici, dans la généralité des cas, le but que l'on veut atteindre par une médication quelconque. *Contraria contrariis curantur.* (Hipp.)

Le suc gastrique, loin d'être toujours le même, est susceptible, parfois, d'acquérir des propriétés tellement actives, qu'il paraît agir comme un véritable caustique, et parvient à corroder et détruire les substances les plus réfractaires aux forces digestives, telles que le fer, l'acier, enfin tous les métaux qui ne pourraient sans danger séjourner longtemps dans l'estomac.

En général on peut poser en principe que l'énergie dissolvante de ce suc se règle d'après les résistances qu'il éprouve, soit de la part de l'aliment, soit de la part d'un corps étranger. Ce principe n'est pas moins vrai que celui qui veut que la puissance de ce liquide soit précisément en raison inverse de la force musculaire des parois de l'estomac.

La quantité du suc gastrique est plus que suffisante aux besoins de la chymification, en supposant même que la pâte alimentaire n'eût pas été imprégnée par la salive; ce qui donne à penser que le suc gastrique n'a pas que ce seul usage, mais qu'il est encore destiné à garantir, en les lubréfiant, les parois de l'estomac contre le contact trop immédiat des alimens qui aurait eu pour effet de les surexciter.

Cette précaution de la nature était indispensable, en ce qu'elle constitue une des premières conditions de la digestion. Et en voici la raison. Ce qui compose l'aliment est formé de substances prises audehors, étrangères à l'économie, toutes plus ou moins excitantes, et qui, en touchant l'estomac, provoqueraient certainement son inflammation, si cet organe n'était préalablement disposé à les recevoir, et ne se trouvait recouvert d'un liquide filant, onctueux, propre à émousser le premier choc, la première impression de ces substances, sur les villosités de l'intestin. Que cette espèce de mucilage qui abrite des parties aussi sensibles vienne à manquer, bientôt heurtées et froissées en tous sens, ces papilles vont développer des phénomènes nerveux très intenses, et par contre-coup, la digestion sera sensiblement altérée, si elle n'est pas nulle, car je doute que dans cette circonstance elle puisse se faire. L'estomac, dès l'arrivée des premières bouchées d'alimens dans sa cavité, se soulèverait, les rejetterait, ou bien se resserrerait tellement sur lui-même, qu'il s'opposerait à une nouvelle introduction.

Un usage que l'on ne peut contester au suc gastrique est celui qui a trait spécialement à la conversion chymeuse. La nécessité de ce suc dans la chymification est bien démontrée par cette expérience de Brodie, rapportée dans les transactions philosophiques, année 1814, où, en même temps qu'on fait voir que la sécrétion des sucs gastriques est sous la dépendance des nerfs de la huitième paire, il y est dit que, chez les animaux dont on avait occupé les nerfs *pneumo-gastriques*, l'estomac au lieu d'être rempli d'un liquide muqueux et séreux abondant, était sec, enflammé, et conséquemment la digestion était devenue impossible, tandis que chez ceux où cette section n'avait pas eu lieu, l'aliment au bout de quelques heures était dissous, réduit en une substance homogène, pultacée.

L'action dissolvante du suc gastrique ressort manifestement des expériences de Spallanzani, à part ce qu'elles ont d'exagéré dans les conclusions qu'en tire cet auteur. Elles établissent d'une manière irrécusable la part active que ce liquide remplit dans la chymification.

Son énergie est telle qu'on parvient à obtenir, même en dehors de l'économie, une ébauche assez complète de cette fonction, en mettant dans des vases inertes du suc gastrique avec des substances alimentaires; et si alors on a soin de tenir le tout à une température douce et uniforme, telle que celle de certaines parties du corps, l'aisselle par exemple, au bout de quelque temps, quinze heures, deux jours au plus, on remarque une altération sensible parmi ces substances; elles ressemblent à une bouillie grisâtre, homogène, qui a tout l'aspect du chyme. Cette digestion artificielle, quoique bien éloignée de représenter celle qui est naturelle, prouve cependant, telle qu'elle est, beaucoup en faveur de l'action dissolvante du suc gastrique.

On ne manquera pas, il est vrai, de faire observer que la salive, dans les mêmes conditions, se comporte de même, mise en contact avec l'aliment. Mais que peut-on, que doit-on conclure de ce fait? Une seule chose: c'est que des liquides qui ont des résultats égaux, parfaitement identiques, doivent être entièrement semblables dans leur composition. C'est aussi ce que l'analyse de ces liquides a prouvé.

L'action du suc gastrique sur les alimens n'est pas passive; il ne se répand pas sur eux comme le ferait un corps gras, ou bien à la manière de l'albumine; mais il les pénètre, les fluidifie, se combine avec eux, en altère profondément la nature, et en change la composition intime au point de les rendre méconnaissables. Aidé de l'estomac qui n'est pas un receptacle inerte, mais qui, au contraire, prend une part très-directe à ce travail, ce liquide, en se mêlant à l'aliment, forme des diverses parties qui s'y trouvent un tout, une pâte homogène, dont les qualités sont même différentes de ce qu'elles étaient avant ce mélange. Quoiqu'il soit vrai que l'action du suc gastrique est la même pour toutes les substances alimentaires, on aurait tort de penser qu'elle est aussi efficace à l'égard de chacune d'elles; celles-ci ne sont pas non plus toutes également digestibles; il y a entre elles des degrés dans leur faculté digestive, leur facilité à être dissoute, d'après les élémens qui les composent. Aussi sont-elles plus ou moins promptement transformées en chyme; il en est qui sont tout-à-fait réfractaires et sur lesquelles ce suc ne peut s'exercer d'aucune manière.

Parmi les substances propres à la nutrition, les unes sont sur-le-champ attaquées par ce dissolvant, et changées presque aussitôt en pulpe; les autres, celles qui contiennent un plus grand nombre de molécules nutritives, quoique souvent sous un plus petit volume, ont besoin d'un temps plus long pour être complètement chymifiées. Aussi arrive-t-il que, dans leur sortie de l'estomac, elles ne suivent point l'ordre dans lequel elles y sont entrées, que celui-ci même se trouve entièrement interverti.

De ces diverses substances qui composent l'aliment, ce qui ne peut servir à l'assimilation organique est immédiatement séparé, ne fait que passer dans l'intestin sans éprouver la moindre altération; certaines parties des végétaux, leurs grains, sont dans ce cas, elles sont le plus souvent rendues. Des autres substances capable de nourrir, ce sont les viandes et surtout les viandes noires, qui, mettant plus de temps à être chymifiées, abandonnent moins promptement l'estomac et parcourent avec plus de lenteur le canal digestif.

Ce qu'il y a de remarque dans la chymification, c'est que le suc gastrique pénètre au milieu de la masse alimentaire,

va chercher, parmi les nombreuses parties qui la composent, celles d'entre elles qui doivent plus particulièrement subir son action, et de profondes qu'elles étaient il les amène à la superficie. Que ce choix, ce triage soit l'effet d'une véritable attraction organique, ou le résultat des secousses, des oscillations imprimées par le mouvement péristaltique, peu importe l'explication, c'est le fait qui doit être signalé. Cependant c'est toujours en allant de la circonférence au centre et par couches successives que ce dissolvant par excellence les attaque et les convertit en pulpe les unes après les autres.

Le chyme une fois formé se reconnaît à sa couleur grisâtre, à sa consistance visqueuse, demi-fluide, il se détache de l'aliment au fur et à mesure qu'il est produit, et n'attend pas pour franchir le pylore que toute la pâte alimentaire soit chymifiée. Ces intervalles constituent les différens temps de la digestion stomacale. Pendant tout le temps que dure cette transformation, l'estomac ne reste pas en repos, il se contracte d'une manière continue, presse en tout sens la pâte chymeuse, et après un mouvement de péristole qui la pousse alternativement de la portion splénique à la portion hépatique, et de celle-ci à la première, il la fait remonter vers l'orifice pylorique dont il finit par vaincre la résistance.

Une fois arrivé dans le duodénum, le bol chymeux va être soumis à la double action de la bile et du suc pancréatique. L'étude de cette action sera l'objet du chapitre suivant. Les détails dans lesquels je suis entré au sujet du suc gastrique, pourront paraître un peu longs, mais je tenais à faire apprécier dans toute sa valeur l'influence qu'il exerce dans la digestion, afin que plus tard on puisse la comparer avec les résultats que donneront les autres sucs digestifs.

En terminant ce qui a trait au suc gastrique, j'insisterai pour qu'on ne perde pas de vue qu'à lui seul il s'est montré suffisant pour opérer le changement de l'aliment, quelque composé qu'il soit, en une matière homogène que l'on désigne sous le nom de chyme.

Selon l'ordre dans lequel se succèdent ces liquides, nous allons voir maintenant si la bile effectuera la séparation du chyle d'une manière aussi ostensible; si elle se tiendra à la hauteur du rôle qu'on lui assigne comme agent de la chylification.

## CHAPITRE VII

Sommaire. De la digestion dans le duodénum. — De l'action de la bile et du suc pancréatique. Ce qui explique la présence de ces liquides dans l'intestin. — Comparaison de la bile avec les autres produits d'excrétion. — Que veut-on faire entendre lorsque on dit qu'un liquide est la condition, l'agent d'une fonction? La bile est-elle dans ces cas, à l'égard de la chylification? Se retrouve-t-elle dans le chyle. — De la bile considérée à-la-fois comme excrémentitielle et récrémentitielle. — En quoi consiste le changement qu'elle imprime à l'aliment. — De l'action des sucs muqueux de l'intestin.

En pénétrant dans le duodénum, le chyme est enveloppé aussitôt des mucosités de l'intestin, et dans son premier trajet jusqu'à l'endroit où s'ouvrent les canaux biliaire et pancréatique, il n'est pas différent de ce qu'il était dans l'estomac; mais une fois arrosé par les liquides que versent sur lui à son passage ces canaux excréteurs, sa couleur change en même temps que ses propriétés, si l'on en croit les auteurs. En quoi consistent donc cette action de la bile et du suc pancréatique, la modification qu'ils apportent dans la nature de l'aliment? c'est ce que je vais examiner.

Si l'on ouvre le ventre d'un animal trois heures après qu'il a mangé, quand on suppose que les alimens, entièrement chymifiés, sont passés de l'estomac dans le duodénum, et par conséquent se trouvent en présence de la bile et du suc pancréatique, on remarque que la pâte chymeuse offre peu de changemens notables dans sa manière d'être; à cela près de la couleur jaune et de la saveur amère que lui communique le premier de ces liquides, elle n'est pas différente de ce qu'elle était avant de traverser le pylore. Sa consistance, sa composition restent les mêmes. Ce résultat n'aurait rien qui doive étonner si le suc pancréatique seul pénétrait le chyme. Ce suc étant parfaitement identique avec le fluide gastrique et la salive, on concevrait qu'il dût absolument se comporter comme eux; mais la bile qui en est tout-à-fait distincte et par ses caractères physiques et par ses propriétés, comment ne manifeste-t-elle pas son action d'une manière toute spéciale? D'après les idées admises sur son efficacité dans la chylification, ne devait-on pas s'attendre à des modifications importantes de sa part, telles, par exemple, que l'aliment aurait été rendu méconnaissable de ce qu'il était avant d'être descendu dans le duodénum, tandis au contraire qu'il en sort ni plus ni moins altéré, et sans qu'aucune trace bien évidente de chyle indique qu'il se soit fait en lui une nouvelle transformation de matière? Dans cette circonstance, la bile, bien loin de témoigner de sa puissance et de sa supériorité sur les autres sucs digestifs, se place encore au-dessous d'eux, puisque, excepté sa couleur qu'elle donne au chyme, elle ne lui fait éprouver aucune élaboration intérieure qui en change la composition intime, comme cela a lieu dans la bouche et dans l'estomac, sous l'influence des sucs salivaire et gastrique. Elle ne s'incorpore point à l'aliment de manière à en faire partie, mais se répand sur lui, le pénètre par une sorte d'imbibition, semblable à un corps gras, huileux; enfin son action n'est point organisatrice, si je puis parler ainsi, car il est de sa nature, comme nous le verrons plus bas, de ne pouvoir être assimilée.

Mais, dira-t-on, si ce liquide demeure étranger à la digestion, pourquoi afflue-t-il précisément dans l'intestin au moment de cette fonction et même en quantité considérable? D'abord il est douteux que cela se passe ainsi. M. Magendie prétend même que l'excrétion de la bile se fait d'une manière continue et jamais plus abondamment dans un temps que dans un autre (1). Admettons, ce qui me paraît du reste plus probable, que le temps de la digestion est le plus propice à l'écoulement de la bile dans l'intestin; que peut-on

(1) Ayant mis à découvert le canal cholédoque sur des chiens, il a vu la bile tomber goutte à goutte continuellement: il estime qu'elle peut sourdir de l'orifice de ce canal deux fois par minute à peu près.

en conclure ? quelle corrélation existe-t-il entre ce fait et la conséquence que l'on en tire ? que le fluide biliaire est indispensable pour opérer la chylification? J'ai peine à l'apercevoir. Dans l'intervalle des digestions, la bile reflue et s'amasse dans la poche cystique ; là, mise en dépôt, elle n'attend que l'occasion favorable pour s'échapper de ses réservoirs, et cette occasion se présente chaque fois que l'estomac se remplit et se contracte sur l'aliment qu'il contient. Pendant son séjour dans la vésicule, ce liquide devient plus amer, beaucoup plus épais, d'une couleur plus foncée. Si la bile affecte une marche rétrograde, se dévie du cours qui semble le plus naturel, pour remonter contre son propre poids, c'est qu'elle rencontre des obstacles à son libre accès dans l'intestin. La position profonde de la vésicule biliaire, encadrée, pour ainsi dire, dans le foie, la direction presque horizontale de ses canaux excréteurs, la contraction intérieure, toute spéciale de ces conduits qui sont partagés par des espèces de bandelettes en forme de spirale, sont loin d'être avantageuses à l'écoulement d'une liqueur très-épaisse et visqueuse comme l'est la bile; il faut toutes les succussions de l'estomac, les contractions de l'intestin, pour faire disparaître les difficultés; tous ces grands inconvéniens successifs qui se produisent pendant la digestion, retentissent de proche en proche vers le pancréas et le foie. En procurant le dégorgement, et notamment celui des conduits biliaires, le chyme, une fois arrivé dans le duodénum, en passant sur l'orifice du canal commun, est encore une cause directe d'excitation pour ces conduits. Cette irritation se transmet par continuité de tissu à la vésicule du foie qui se contracte à son tour et chasse la bile qu'elle contient. Ainsi s'explique la rencontre simultanée de ce liquide et du suc pancréatique dans l'intestin au moment de la digestion qui devient, comme on le voit, le temps le plus favorable à cette double excrétion. Mais cette conjoncture ne prouve point que le fluide biliaire soit indispensable à la chylification ; rien dans cet exposé des circonstances qui procurent son expulsion, n'indique qu'il va désormais jouer un rôle important, qu'à son action spéciale se rattacheront les phénomènes digestifs subséquens. Aussi les auteurs qui ont conclu de son utilité par sa présence me semblent avoir été dominés par cette seule idée, qu'il fallait lui reconnaître un usage, et que s'il n'avait pas celui d'être l'agent efficient de la digestion on eût été fort embarrassé de lui en assigner un autre. Quoi qu'il en soit, leur opinion est si peu arrêtée et surtout si mal fondée sur la valeur dont ils gratifient ce liquide, qu'il n'est pas rare de les voir plus tard se contredire. Ainsi, par exemple, ils nous rapportent qu'il se présente des cas où l'écoulement de la bile peut être momentanément empêché par l'obstruction de ses canaux excréteurs, sans qu'il en résulte cependant des altérations bien sensibles dans la nutrition, tandis que celle-ci devrait être immédiatement suspendue, si les choses se passaient comme ils le disent.

L'ouverture du canal cholédoque dans l'intestin duodénum, de laquelle on s'autorise pour établir l'importance de la bile, n'est pas, avons-nous vu, une disposition constante, puisqu'il est des animaux inférieurs chez lesquels ce canal excréteur s'ouvre près de l'anus. Ce qui fait regarder la bile de ces animaux comme un excrément.

Si, en avançant davantage dans l'échelle des êtres, l'appareil biliaire, à mesure qu'il devient plus parfait, s'éloigne, il est vrai, de plus en plus, de ce type primitif, si le produit de la sécrétion n'est plus, comme tout-à-l'heure, immédiatement amené au dehors et doit au contraire parcourir toute la longueur du tube intestinal avant d'être rejeté ; si ses canaux excréteurs s'abouchent dans l'intérieur d'un autre viscère, au lieu de se terminer tout près, ou au moins à une très-petite distance d'un orifice externe, cutané, comme le sont ceux des autres appareils d'excrétion ; est-ce une raison pour que l'organe dans lequel on signale cette exception, le foie, cesse d'être une voie d'élimination, et pour que la bile qu'il sécrète, naguère excrémentitielle, devienne maintenant l'agent principal de la chylification ? Qu'y a-t-il donc de changé dans sa nature? d'où lui viennent ses propriétés nouvelles ? sa composition n'est-elle plus la même ? est-elle moins épaisse et surtout moins acrimonieuse? Rien de semblable n'est survenu. Qu'ont donc de commun l'excrétion de la bile et la chylification? Quels sont les points de contact qui réunissent ces deux fonctions et les font concourir à un but unique, la recomposition organique ? Je reviendrai à une comparaison que j'ai déjà faite du foie avec le rein, je demanderai si l'urine ne devrait être considérée comme un liquide de pure excrétion qu'autant que ses élémens seront peu actifs, que l'organe qui la sépare sera peu développé ; mais sitôt qu'il se compliquera, qu'il ne sera plus représenté par une seule poche commune qui sert de cloaque, qu'il formera un appareil distinct, ayant un canal excréteur, mais ne s'ouvrant pas directement à la peau, et sitôt que les principes de l'urine seront plus mordans et en plus grande quantité, le rein avec ses annexes cesserait son rôle, comme émonctoire puissant de l'économie, au moment où plus que jamais ses sécrétions dépuratoires importent au maintien de la santé ? Une semblable opinion se réfute assez d'elle-même sans qu'on ait besoin d'en démontrer la fausseté ; cependant est-on mieux fondé à vouloir que la bile, qui est supposée excrémentitielle chez les animaux inférieurs, perde ce caractère chez ceux d'un ordre plus élevé, et cela parce qu'elle n'est pas immédiatement conduite au dehors par les canaux excréteurs ; car on n'en donne pas d'autre raison. Pour nous, nous ne ferons aucune différence entre la bile et l'urine : nous les placerons tout-à-fait sur la même ligne, en les considérant l'une et l'autre comme des produits de décomposition organique ; et même si nous avions à nous prononcer à l'effet d'indiquer celle de ces deux liqueurs qui, par la nature de ses élémens constitutifs, réunit le plus les caractères de l'excrément, nous nommerions la bile.

Mais quel ne doit pas être notre étonnement, lorsque les qualités âcres du fluide biliaire sont précisément, à en croire certains physiologistes, ce qui lui assure une grande influence dans la digestion. Ainsi, parce que le fluide est éminemment actif, il convient surtout pour opérer la chylification. Il en est l'âme, la condition *sine quâ non*.

Qu'on y prenne garde, en adoptant cette manière de voir relativement à la bile, en reconnaissant qu'elle doit à ses propriétés excitantes de jouer un rôle, il faut en accepter toutes les conséquences, non-seulement pour ce qui concerne cette humeur, mais encore pour toutes celles qui,

comme elle, sont de pure excrétion : ainsi les matériaux de l'urine, de la sueur, pourront être resorbés sans danger, et arriver à tous les organes par le système circulatoire, sans leur porter la moindre atteinte. Leurs fonctions même en seraient activées; car si vous admettez que la bile est l'agent de la chylification, vous reconnaissez qu'elle se mêle aux substances alimentaires, s'identifie avec elles, effectue la séparation du chyle, s'unit à lui, en fait partie, et devient de cette manière, propre à recomposer le sang. Qu'entend-on, en effet, lorsqu'on exprime qu'un liquide est la condition efficiente d'une fonction? Quel sens attache-t-on à ce mot? Si ce n'est que la totalité, ou une quantité quelque petite qu'elle soit de ce liquide, est employée à faire subir une transformation quelconque à la substance mise en contact avec elle, de manière à la constituer, à ne faire plus qu'un seul et même tout? C'est ce qui arrive, lorsque les sucs salivaire et gastrique ont imprégné et chymifié l'aliment; ils en deviennent partie constituante, mais en même temps ils lui impriment des caractères particuliers, au point qu'ils l'ont rendu tout-à-fait méconnaissable de ce qu'il était d'abord.

En est-il de même de l'action de la bile à l'égard du chyme dont on suppose qu'elle extrait l'élément nutritif? Que constatons-nous de ses effets? Si l'on excepte sa couleur, le chyme n'est pas différent dans l'intestin de sa manière d'être dans l'estomac, aucune élaboration nouvelle, du moins apparente, ne peut y être signalée. Pour ce qui est de la bile, elle semble plus spécialement s'attacher au détritus de la digestion; elle s'y rencontre en aussi grande quantité qu'elle est sécrétée. Cependant une portion quelconque de ce liquide devrait en être distraite pour les besoins de la chylification, si tant est qu'il s'effectue, et par conséquent devrait se retrouver dans le chyle; il s'en faut qu'un résultat semblable justifie cette théorie. Le plus scrupuleux examen ne peut y faire découvrir la moindre trace de bile, pas plus qu'aucune combinaison chimique ne vient en déceler la présence par une légère teinte jaune. Le chyle n'en contiendrait que la partie la plus subtile, une fraction des plus ténues serait employée, un centième, un millième de partie, qu'elle n'échapperait pas à l'action des réactifs, tant les caractères de ce liquide ressortent facilement. On ne peut s'attendre à voir dans l'état normal la moindre parcelle de bile dans le chyle, quoiqu'on ait soin de le recueillir le plus près possible de l'intestin, à son point de départ, et par conséquent lorsqu'il n'a pas encore eu le temps de se dépouiller de quelques-uns de ses principes. Toutefois, comme les auteurs avaient remarqué que le fluide biliaire se retrouvait en grande quantité dans le fécès qu'il colore en jaune, ils avaient soin de dire qu'il était à la fois récrémentitiel et excrémentitiel, pensant éluder par ce moyen terme toutes les objections, lorsqu'il ne fait qu'embarrasser la question, loin de la résoudre. Car en supposant que cette liqueur puisse avoir ce double caractère, qui serait chargé d'opérer la division de ces propriétés opposées dans l'intestin duodenum? Y a-t-on bien réfléchi? est-il rationnel de penser qu'il existe dans l'économie une humeur susceptible de reconstruire les organes d'une part, de les altérer et de les détruire de l'autre : tel est le non-sens d'une pareille association de mots.

Mais, dira-t-on, si la bile ne sert pas à la digestion, quel peut être son usage? comment alors accorder sa présence dans l'intestin au moment que s'exécute cette fonction? ne nuira-t-elle pas à son accomplissement? A cette objection je répondrai par un autre fait, sans vouloir m'expliquer pourquoi la nature procède ainsi : à côté des fonctions d'hématose, ne se passe-t-il pas dans le même organe, le poumon, et dans le même temps, des phénomènes d'excrétion? l'air expiré n'est-il pas un produit excrémentitiel, et son élimination de l'économie n'est-elle pas concomitante avec la sanguification? Sans contribuer à la séparation du chyle, la bile peut fort bien, à l'égard de l'intestin, remplir un rôle secondaire, en sollicitant le mouvement péristaltique; il peut se faire aussi qu'elle ait pour but de rassembler les parties étrangères à la nutrition, dont elle fait un tout qu'elle amène au dehors et qui constitue les fécès. Cela est d'autant plus probable, que, dans le cas où l'excrétion de la bile est empêchée ou presque nulle, ou lorsque ce liquide est peu riche en partie extractive, les fonctions d'exonération se font avec la plus grande lenteur, la constipation est des plus opiniâtres; les matières, au lieu d'être jaunes, sont grisâtres, dures et peu liées entre elles. En résumé, tout porte donc à penser que ce que l'on a dit de l'importance de la bile dans l'acte de la chylification, est tout-à-fait illusoire. La connaissance de cette particularité, savoir, l'excrétion de cette liqueur au passage de l'aliment dans le duodénum, ne peut rien faire préjuger sous le rapport de ses qualités chylifères. L'écoulement de la bile, aussi bien que celui du suc pancréatique, est favorisé par le mouvement péristaltique de l'intestin, au moment de la digestion; mais il s'en faut que de là on puisse conclure, parce que ces liquides sont versés dans le même temps, que l'un et l'autre ont les mêmes attributions et qu'ils sont chargés dans une mesure à peu près égale d'effectuer la chylification. Rien ne prouve surtout que si l'un d'eux doit l'emporter sur l'autre, avoir une sorte de préséance, cette supériorité doive revenir à celui que ses propriétés rendent plus excitant. Je m'élève donc contre toute idée de concordance d'action entre des liquides si dissemblables. Chacun d'eux ne peut avoir qu'une manière d'agir à part.

Si quelquefois, d'après la remarque de M. Magendie, on aperçoit à la surface du chyme, des stries blanchâtres, des filamens irréguliers, et que l'on regarde comme du chyle brut, ce n'est pas à la bile qu'on doit rapporter ce phénomène. D'ailleurs, cet effet n'est pas toujours constant; il n'a lieu que lorsque l'aliment, composé de substances animales et végétales, contient de la graisse et de l'huile. Dans tous les autres cas, on voit seulement une couche plus ou moins épaisse, grisâtre, apparaître sur le chyme, adhérer ensuite à la membrane muqueuse, où viennent puiser les vaisseaux chylifères. Et ce qui fait voir dans tout son jour que ce n'est point à la présence du fluide biliaire qu'est dû le chyle brut, c'est qu'il se montre aussi bien dans l'intestin.

Relativement à l'absorption du chyle, je ferai observer que la bile se montre peu avantageuse à l'action attractive des vaisseaux lactés. Comme elle se répand sur l'aliment à la manière d'un corps gras, elle en aurait l'inconvénient, celui d'empêcher l'absorption du liquide placé dessous, si les bouches aspirantes de ces vaisseaux ne plongeaient au milieu

de la pâte chymeuse et n'en pompaient le chyle. Ces vaisseaux absorbans (qu'on me permette cette digression) ont quelque ressemblance avec les vaisseaux sanguins des tissus érectiles ; ils se dressent, s'alongent, et par là deviennent aptes à saisir. Déjà Lieberkun a signalé cette disposition ; il dit positivement, à l'occasion de la communication immédiate des chylifères avec l'intestin, de leurs orifices libres, ouverts à la surface des viscosités intestinales, que les radicules de ces vaisseaux consistent en de petites ampoules érectiles. Bichat les compare à des suçoirs. A cette particularité ajoutons que les contractions de l'intestin favorisent singulièrement cette espèce d'intus-susception, en rapprochant de l'orifice des absorbans l'aliment qui, pressé de toutes parts, laisse plus facilement atteindre ses molécules nutritives.

En définitive, on ne peut rien saisir de la mutation qu'éprouve le chyme quand il se convertit en chyle. Ce changement, qui constitue l'essence de la chylification, ne se dessine par aucun trait extérieur. Dans le duodénum et dans toute la longueur du canal digestif, on ne peut découvrir en quoi consiste cette élaboration de matière ; mais tout porte à croire qu'elle est fort analogue à celle qui s'effectue dans l'estomac ; seulement, dans la chymification nous étions plus avancés : pour celle-ci au moins, il était évident que le suc gastrique remplissait un rôle principal, comme dissolvant, tandis que nous ignorons quelles causes, quels liquides opèrent dans l'intestin plus particulièrement cette nouvelle transformation. Aussi que de systèmes, que de conjectures hasardées pour expliquer le phénomène de la chylification! que de moyens, que d'agens divers ont été supposés en être exclusivement la condition efficiente! Haller voulait que les sucs perspiratoire et muqueux de l'intestin qui sont très-abondans, et dont il évaluait la quantité à huit livres par jour, continuassent pour la chylification ce que le suc gastrique avait fait pour la chymification. Cette opinion, établie sur la ressemblance, l'identité parfaite de ces liquides, sur le peu de différence que présente la pâte chymeuse envisagée dans l'intestin ou dans l'estomac, a pour elle de fortes présomptions. Il est bien entendu que, dans cette manière de voir, on tient compte de la vitalité de l'intestin, du mode d'action des nerfs qui s'y distribuent; mais on ne doit pas croire, avec certains physiologistes, que ces nerfs soient les seuls agens de la chylification. D'autres auteurs ont prétendu que la chaleur un peu élevée de l'appareil digestif pendant cette fonction et le mouvement péristatique suffisaient pour cette transformation. Enfin la plupart des physiologistes et des médecins pensent que les sucs pancréatique et biliaire sont chargés spécialement de ce travail, parce que, disent-ils, les vaisseaux absorbans chylifères ne se montrent qu'à partir de l'endroit où ces liquides sont versés dans le duodénum (cette disposition anatomique ne me semble pas bien prouvée) ; c'est ce que je démontrerai plus bas.

Tels sont les divers agens auxquels on a rapporté tour à tour l'élaboration du chyme, sa conversion en un produit nouveau. La vérité est que chacun d'eux n'y est point étranger, qu'il exerce une influence plus ou moins marquée, y contribue pour sa part, mais dans une proportion donnée et d'une manière différente, relative à l'énergie dont ils sont doués, et il s'en faut de beaucoup, pour ce qui concerne son action particulière, que la bile occupe le haut rang qu'on lui assigne, qu'elle soit de tous les agens le plus efficace, enfin la condition essentielle pour obtenir la séparation du chyle ; elle n'y est au contraire que très-accessoire, puisque tout son rôle, avons-nous vu, se borne à stimuler l'intestin et à faciliter la sortie du détritus alimentaire qu'elle compose en partie.

Si l'on est fondé à concéder une priorité d'importance à quelques-uns de ces agens, ce sera avec bien plus de raison à ceux de ces liquides, les sucs pancréatique, perspiratoire et muqueux, qui par l'analogie de leur composition et par leurs qualités dissolvantes, se rapprochent le plus des sucs salivaire et gastrique auxquels nous avons attribué une part des plus grandes dans les actes précédens de la digestion. Leur ressemblance avec ces sucs fait supposer naturellement un même mode d'agir, et explique pourquoi la transformation nouvelle qui constitue la chylification est si peu différente de celle qui avait pour but la chymification.

CHAPITRE IX.

## Expériences sur la digestion en dehors de l'économie et sur l'animal vivant.

En admettant l'hypothèse que la bile joue un des principaux rôles dans la séparation du chyle, le moyen le plus sûr que l'on a de s'en assurer, est de mettre en parallèle les expériences faites sur les différens liquides de la digestion, et de les comparer ensuite dans leurs effets respectifs.

Si la bile est réellement essentielle dans cette fonction, que ne doit-on pas attendre des essais de chylification artificielle tentés avec un agent regardé comme si puissant ; ils devront surpasser de beaucoup les résultats obtenus par le suc gastrique dans de pareilles expériences sur la chymification ; ils ne peuvent leur être inférieurs. Si le contraire arrive, cependant, je demanderai ce que devient cette importance que l'on revendique pour le fluide biliaire, et dès lors de quelle manière se manifeste sa préséance sur les autres sucs digestifs ?

On sait que Spallanzani est parvenu, à l'aide du suc gastrique, à produire en dehors de l'économie, dans des vases inertes, si non des digestions complètes, au moins des ébauches assez concluantes de cette fonction. Que de semblables phénomènes aient lieu, si l'on emploie de la salive au lieu de suc gastrique, comme l'a constaté, en 1812, de Montègre, voulant réfuter la théorie de Spallanzani, cela n'a rien qui doive surprendre. L'identité d'action de ces liquides est une conséquence voulue de leur parfaite analogie ; il en serait encore de même, si l'on opérait avec une quantité suffisante de mucus intestinal, ou de suc pancréatique. Mais que voyons-nous, si l'on soumet la bile aux mêmes épreuves ? Rien qui approche de ce résultat. Quelle altération notable imprime-t-elle à l'aliment qui reçoit son contact ? Que se passe-t-il qui décèle de sa part un travail, une élaboration quelconque, et quel moyen avons-nous de la reconnaître ?

Quoi qu'il en soit, j'exposerai les expériences faites sur le suc gastrique, la salive, le fluide pancréatique et le mucus intestinal d'une part, et celle sur la bile, de l'autre. On

pourra ainsi apprécier plus facilement à sa juste valeur la part respective que chacun de ces liquides prend à l'acte de la digestion.

*Expérience* 1re. Réaumur et Spallanzani, expérimentant sur le suc gastrique, dont ils voulaient constater l'existence, ont vu que des alimens renfermés dans des boules creuses métalliques, percées de petits trous, et introduits de cette manière dans la cavité de l'estomac, étaient digérés comme s'ils eussent été libres.

*Expérience* 2e. Si l'on introduit encore, d'après le procédé de Spallanzani, dans de petits tubes de verre, contenant du suc gastrique, rendu légèrement acide, des alimens préalablement bien triturés, et si l'on a le soin de tenir ces tubes à une température toujours égale de 32° qui remplace exactement la chaleur de l'estomac, soit qu'on les place sous l'aisselle, soit qu'on les expose à l'action douce et calculée d'une petite lampe à esprit de vin, on voit au bout de quelque temps, après vingt heures, ou deux jours au plus, que les alimens sont sensiblement altérés, liquéfiés, et présentent l'aspect d'une pâte assez homogène, grisâtre, qui a quelques-uns des caractères du chyme.

Cependant, il faut en convenir, quelque prolongée et bien suivie que soit l'expérience, ces alimens ne peuvent atteindre entièrement la forme pultacée, et on peut toujours reconnaître quels sont les élémens qui entrent dans leur composition. Serait-ce une raison pour récuser cette expérience, parce qu'elle n'est pas la stricte représentation de ce travail, tel qu'il a lieu dans l'estomac; je ne le pense pas, ou il faudra contester l'exactitude de toutes les expérimentations de ce genre, faites par les physiologistes les plus distingués; on ne devra pas s'en rapporter davantage aux découvertes que nous fournissent les vivisections, parce qu'en mutilant l'animal, nous n'avons sous les yeux qu'un tableau tronqué de ce qui se passe dans l'ordre physiologique. D'après cette manière de voir, quelle serait la chose que l'on pourrait regarder comme certaine, positive, dans une science qui n'a pu s'établir que par des expériences; je veux parler de la physiologie? Doit-on compter pour peu d'entrevoir comment la nature procède, et de simuler ses actes? Il est constant, dans le cas dont il s'agit, que l'on obtient avec du suc gastrique retiré de l'estomac des phénomènes réels de chymification, qui, pour être moins parfaits que ceux qui s'exécutent dans l'intérieur de ce viscère, en reproduisent cependant assez bien l'image.

*Expérience* 3e. De la salive employée au lieu de suc gastrique m'a donné le même résultat.

*Expérience* 4e. Si l'on mêle des alimens avec du mucus intestinal que l'on obtient en ouvrant l'intestin d'un animal à jeun, et si l'on vient à exposer le vase qui renferme ce mélange à une chaleur douce, toujours égale, comme dans les cas précédens, il arrive qu'au bout de vingt-quatre à trente-six heures, les alimens sont généralement convertis en une bouillie grisâtre assez homogène; toutefois les substances végétales, surtout les herbacées, se montrent réfractaires à l'action dissolvante de ce suc; elles n'éprouvent pas de changement. De ce fait on ne peut rien arguer, puisque la même chose se rencontre sur le vivant. Quoi qu'il en soit, l'expérience, pour être complète, exige un temps plus long, six heures de plus.

Je ne doute pas que l'on n'obtienne un effet aussi marqué de l'emploi du suc pancréatique; mais la difficulté de s'en procurer une quantité suffisante est cause que je n'ai pu le vérifier.

Il est à observer que ces différentes liqueurs ont besoin d'être légèrement acides, si l'on ne veut pas les voir se putréfier dans le cours de l'expérience. On les aiguisera donc avec un acide quelconque.

*Expérience* 5e. Dans les mêmes circonstances, tout étant pareillement disposé pour que l'expérience réussisse, voici ce que le fluide biliaire (1) fait connaître de son action:

Mis dans des vases inertes avec des alimens que l'on a auparavant bien mâchés, ce fluide se comporte, à leur égard, à la manière d'un corps gras, huileux, en se tenant à leur surface. Laissée en repos, la bile surnage, mais si l'on vient à l'agiter, pour opérer son mélange avec l'aliment, comme cela a lieu dans l'intestin, par suite des ondulations successives que détermine le mouvement péristaltique, alors elle colore et pénètre tout ce qu'elle touche; mais cette union se fait par une sorte d'imbibition, plutot que par une véritable imprégnation. Car il y a cette différence entre ces deux mots que le dernier entraîne avec lui l'idée d'une altération quelconque, tandis que l'autre indique seulement un effet mécanique. Dans ce cas se trouve la pénétration de la bile dans l'aliment; c'est un phénomène purement passif; l'action de l'huile sur les corps en général nous en reproduit exactement l'image. Un tel état ne constitue pas une transformation réelle; à la couleur près, rien n'est changé dans la manière d'être de l'aliment; on retrouve, sans être altérées, les diverses substances qui ont servi à sa composition. Tout ce qu'on peut noter après cette épreuve, c'est un léger degré de ramollissement qui n'est après tout qu'un commencement de macération; mais qu'il y a loin de cet état à celui qui présenterait une pâte homogène dont les matériaux seraient confondus, entièrement méconnaissables, comme il arrive si l'on remplace la bile par le suc gastrique ou la salive, etc. Si le fluide biliaire ne donne que des résultats négatifs dans les essais de chymification artificielle tentés avec lui, je ne vois pas quel effet marqué il peut avoir dans la séparation du chyle.

Qui peut plus, peut moins; or, comment se fait-il que la bile, soi-disant si puissante pour opérer la chymification, ici ne manifeste en aucune manière ses propriétés dissolvantes?

Cependant, comme on peut objecter que l'essence de la chymification, la manière dont elle se produit, est tout-à-fait distincte de celle de la chylification; que l'action de l'une est en dehors de celle de l'autre, ou plutôt qu'elle en est la conséquence, j'ai cherché à connaître quel serait l'effet de la bile sur de la pâte alimentaire déjà chymifiée.

*Expérience* 6e. Dans ce but j'ouvris l'estomac d'un chien deux heures après qu'il eut mangé, et en ayant recueilli dans un tube tout le chyme qui y était formé, reconnaissable à sa couleur grisâtre et à sa consistance pultacée, je le mis en contact pendant trente-six heures avec de la bile

(1) Dans la généralité des cas, il nous a paru indifférent que la bile avec laquelle on expérimentait fût prise sur telle ou telle espèce d'animal. Nous nous sommes servi indistinctement de celle du bœuf, du mouton, comme étant plus facile à se procurer.

*qui provenait du même chien* (ayant auparavant interrompu toute communication entre la poche cystique de l'intestin par la ligature du canal cholédoque).

Ainsi le fluide biliaire était parfaitement en rapport avec la nature du chyme sur lequel il devait opérer, et dans le cas où l'expérience aurait manqué, on ne pourrait plus s'en prendre à ce liquide, en supposant qu'il présente des différences essentielles selon les diverses classes d'animaux, et même dans ceux de la même espèce.

Nonobstant ce concours de circonstances qui suppléait en grande partie à ce qui se passe dans l'état physiologique, intérieur, des organes, ce que je présumai arriva : il ne se manifesta pas le plus léger travail qui fît soupçonner quelque changement dans la composition intime du chyme. Tel il s'était offert dans l'estomac, tel il a été retrouvé dans le tube, ni plus ni moins altéré ; et fût-il composé de substances animales ou végétales, contenant soit de la graisse ou de l'huile, jamais je n'ai pu distinguer à la surface, comme l'a observé M. *Magendie*, expérimentant sur l'animal, quelque filamens blanchâtres, indices de la première élaboration du chyle telle qu'elle a lieu dans l'intestin. La seule chose que j'ai remarquée, c'est que pendant tout le temps que dura l'expérience, *trente-six heures*, la bile, quoique soumise à une chaleur constante de 32°, ne se putréfia pas, différente encore des sucs muqueux, salivaire, gastrique, pancréatique, qui, s'ils ne sont pas légèrement acidifiés, se corrompent promptement ; son union même à l'aliment empêche que celui-ci ne se gâte.

Jamais je n'ai vu que la bile agisse sur les alimens à la manière d'un savon, en amenant leur dilution et en séparant le chyle des excrémens.

Enfin, j'ai voulu vérifier si cette absence totale de résultats, si ces effets infructueux de chylification artificielle tenaient à la manière particulière dont l'intestin effectue la pénétration de la bile dans le chyme, et j'ai tenté dans cette vue l'expérience suivante.

*Expérience* 7e. M'étant procuré sur un chien du chyme bien arrosé, bien imbibé de bile à sa sortie du duodénum, et l'ayant exposé pendant *vingt-quatre heures* à une chaleur uniforme, je l'ai retrouvé peu différent de ce qu'il était avant l'expérience; la bile ayant fini par surnager, sa consistance seulement me parut augmentée, mais sans présenter aucune trace de transformation de matière.

Bien qu'il soit vrai que, sur l'animal vivant, en examinant le chyme pendant le temps de la digestion, on ne puisse pas davantage signaler les traits extérieurs qui différencient celui qui est dans l'estomac, de celui qui dans l'intestin grêle est rendu propre à la conversion chyleuse, cependant il est sensible qu'il survient, dans l'intervalle de ces deux temps d'opération, un changement quelconque qui, pour être inconnu, n'existe pas moins, puisque ce chyme, par l'effet de sa progression, devient de plus en plus apte à être saisi par les vaisseaux absorbans chylifères. Si l'essence de cette fonction nous est à jamais cachée, toujours est-il qu'elle a pour résultat un produit nouveau. Mais maintenant il s'agit de savoir quel est celui des deux liquides arrivant au même moment dans le duodénum, les sucs biliaire et pancréatique, qui est la cause efficiente de cette nouvelle élaboration de matière. Il me semble, d'après les expériences comparatives, qu'il ne peut plus y avoir de doutes sur ce point, il est naturel que celui d'entre les liquides qui a témoigné de son action sur l'aliment en dehors de l'économie soit regardé à fortiori comme l'agent de cette fonction telle qu'elle se passe dans l'intérieur des organes; en conséquence, c'est au fluide pancréatique uni au suc intestinal et non pas à la bile, que l'on doit rapporter les principaux phénomènes de la chylification. L'anatomie pathologique vient encore confirmer cette assertion. Elle nous montre que tout travail digestif devient impossible chaque fois que l'aliment est dépourvu du suc glanduleux que lui envoie le pancréas, par suite d'une affection squirrheuse de cet organe, ou bien lorsque dans l'état sain son excrétion est empêchée par la pression qu'exerce sur son canal déférent une tumeur environnante, soit encore après l'oblitération du conduit commun par un calcul biliaire.

D'après les idées admises sur l'importance de la bile, ne devait-on pas mieux attendre de ce qu'elle pouvait dans de pareils essais de chylification artificielle dont le but était de mettre en évidence son efficacité prétendue? Comment se fait-donc, si elle est l'âme de cette fonction, qu'elle ne donne que des résultats négatifs, que son action passe inaperçue, lorsque tous les autres sucs digestifs, qui sont regardés lui être bien inférieurs, ont au contraire un effet direct, marqué, visible sur la pâte alimentaire qu'ils liquéfient, soit qu'on l'examine à l'intérieur de l'économie, soit qu'on agisse en dehors dans des vases inertes?

Il me reste maintenant à examiner les changemens qu'éprouve le chyme dans le gros intestin, ce qui constitue le dernier phénomène digestif, la formation des fèces.

# JOURNAL
## UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE
DE
# MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PRATIQUES
ET DES
# INSTITUTIONS MÉDICALES;

PAR MM. BÉGIN, BOISSEAU, BOUILLAUD, A. DEVERGIE, HERVEZ DE CHÉGOIN, JOLLY, MÉLIER, REGNAULT, ROCHE, SANSON.

(MAI 1833.)


## CHIRURGIE.

—

### Épingle introduite dans l'urètre d'un enfant, et retirée à la faveur du cathétérisme par le *Tour du Maître*.—Circonstance fortuite qui a décidé le succès;


*Par* M. LE DOCTEUR VIDAL (de Cassis),

*Chirurgien du bureau central d'admission des Hôpitaux civils de Paris.*


Un petit garçon, âgé de six ans, m'est présenté au bureau central, il y a douze jours; il paraissait en proie à de vives douleurs et portait les mains vers le périnée. Ses parens me dirent qu'il venait de s'introduire dans l'urètre une grosse épingle, la tête la première. J'examine les parties génitales du malade : elles sont peu développées, même pour son jeune âge, les testicules ne sont pas descendus dans les bourses, l'urètre paraît très-étroit, le méat est teint de sang. Je presse avec l'index sur le trajet du canal; arrivé à un pouce de l'anus, les douleurs de l'enfant augmentent, il se sent *piqué*, dit-il.

Je n'avais à ma disposition qu'une pince à disséquer assez déliée, et quelques sondes en argent. Les parens alarmés, me pressaient par les plus vives instances de soulager de suite leur fils. J'essaie vainement d'introduire la pince. J'allais diriger le malade sur l'Hôtel-Dieu; mais la mère insiste encore, et me supplie de faire de nouvelles tentatives. Je réponds que je n'ai pas les instrumens nécessaires pour cela.

Cependant je conçois l'espoir très-peu fondé, je l'avoue, d'engager la pointe de l'épingle dans les yeux d'une sonde, et de l'extraire de cette manière. J'introduis donc une sonde courbe d'enfant, la convexité étant dirigée en haut et la concavité en bas; le bec parvenu vers le bulbe, le malade manifeste une vive douleur; alors j'opère le mouvement appelé *tour de Maître*; mais au lieu d'enfoncer la sonde dans la vessie, je la retire brusquement au-dehors, et, à mon grand étonnement, j'aperçois l'épingle fichée dans l'œil inférieur de la sonde. Je m'empresse de déclarer que j'étais loin de m'attendre à un résultat aussi heureux; car bien que, dans cette espèce de cathétérisme, il y ait quelque chose de rationnel, cependant je n'avais pas prévu la circonstance qui a décidé la réussite. Cette circonstance je dois la faire connaître; sans cela ce succès aurait l'air d'un miracle. Au bureau central, on se sert de cérat pour oindre les sondes; quelquefois ces instrumens ne sont pas bien entretenus; ce même cérat s'était endurci dans les yeux de la sonde qui m'a servi, et c'est par cette espèce de glu épaisse que l'épingle a été retenue. Maintenant je laisse aux spéculateurs l'avantage de tirer de ce fait toutes les con-

séquences possibles. Pour moi, je dois dire que la nécessité seule pourrait m'engager à répéter l'opération que j'ai décrite, et dont le succès doit être attribué au hasard. Les exemples d'introduction de corps étrangers dans l'urètre ne sont pas rares. Morgagni parle de plusieurs filles lascives, qui se sont introduit, dans l'urètre, des aiguilles d'os, dont elles se servaient pour leurs cheveux. Moinichen, Molinetti, ont rapporté plusieurs faits de ce genre. Dans les actes de Leipsick, il est question d'une fille, qui s'était fait passer par l'urètre une grosse aiguille; elle disait que ce corps était venu de la gorge, qu'elle avait voulu se gratter.

Une fille de Parme couchait avec une de ses amies, qui, par espièglerie, lui passa dans l'urètre une grosse aiguille à tête d'ivoire. Ce corps parvint bientôt dans la vessie; on fut obligé de faire une incision au vagin pour le retirer.

Ainsi, ce sont toujours des femmes qui ont présenté des exemples semblables, et toujours le corps étranger est parvenu dans la vessie. Mais d'après mes recherches, il n'est pas de fait semblable à celui que je viens de présenter. Seulement celui que cite Lamotte s'en rapproche, par le succès que ce praticien dut aussi au hasard. Cette observation est d'ailleurs trop curieuse, sous d'autres rapports, pour que je ne cède pas au désir de la rappeler aux lecteurs:

« Au mois de juin 1692, une fille âgée et dévote me vint trouver, et me dit avoir dans la vessie une épingle des plus grosses, qui lui servait à attacher une serviette qu'elle avait autour d'elle, pour l'empêcher, dans l'état où elle était, de gâter le lit sur lequel elle était couchée, et qu'en se baissant cette épingle était entrée tout à-coup dans la vessie, la tête la première, et lui causait d'extrêmes douleurs. Comme cet accident était arrivé la nuit du jour qu'elle me vint déclarer son mal, je lui fis seulement connaître l'impossibilité de ce qu'elle me disait, sans lui faire davantage de peine d'esprit, celles du corps étant assez fâcheuses, par rapport aux douleurs vives et piquantes qu'elle souffrait en remuant ou en marchant, à cause de la grandeur et grosseur de cette épingle, dont il m'était facile de juger au moyen d'une autre semblable qu'elle me montrait; et d'autant plus que je ne voyais aucun jour à la tirer d'affaire. Je la sondai trois fois, avec toute la patience et l'attention possible; je sentais et touchais cette épingle parfaitement bien, mais je fus toujours obligé d'y renoncer; et enfin la sondant pour une quatrième fois, l'épingle, par un effet du pur hasard, se trouva embarrassée au travers des deux trous de la sonde; dès le moment que je sentis de la résistance, et qu'en haussant doucement, je trouvai quelque sorte de pesanteur, j'introduisis le doigt *medius* de la main droite dans le vagin, avec lequel je soutins cette épingle, pendant que de la main gauche je l'attirai avec la sonde; et de cette manière je finis heureusement une opération, dont je regardais le succès comme impossible. Mais elle ne fut pas exécutée sans douleur, puisque la pointe qui excédait au-delà du trou de cette sonde, déchirait l'urètre pour se faire un passage: comme heureusement il n'y en avait que très-peu, il ne s'y fit qu'une légère excoriation, dont la malade fit si peu de cas, qu'elle n'en garda pas le lit une heure, l'urine ayant servi de détersif pour le reste de la guérison.

» *Réflexion.* Il pourra y avoir des lithotomistes qui me trouveront facile à m'intimider sur l'extraction d'une épingle hors de la vessie, puisque, au pis aller, elle n'aurait pu résister à l'opération, si la nature n'y avait pas pourvu; mais cette opération ne se pouvait faire, qu'en introduisant une tenette entre deux gorgerets ou conducteurs: après quoi cette épingle aurait pu être chargée de travers. Mais de la longueur et grosseur dont elle était, quel ravage n'aurait-elle point été capable de faire, en la tirant, si le hasard n'eût fait qu'on eût chargé dans la tenette l'une des extrémités de cette épingle, soit la tête ou la pointe! »

Lamotte, *Traité compl. de Chir.*, t. II, p. 376.)

---

## OBSERVATION D'ACCOUCHEMENT

### D'ENFANS DES DEUX SEXES.

Rupture artificielle de la poche des eaux. — Inefficacité du seigle ergoté. — Double application du forceps.

*Par* M. Caffe.

Madame ***, âgée de quarante ans, demeurant rue du Jardin des Plantes, mère de deux garçons, tous deux vivans, accouchée pour la dernière fois il y a dix ans, avait dès lors continué ses rapports conjugaux. Périodiquement bien réglée, quel que fût son désir, elle ne pouvait devenir enceinte. Depuis un an, en proie aux chagrins domestiques les plus cuisans, son embonpoint avait disparu, de notables modifications s'étaient établies dans toute son économie: menstruation moins régulière, appetit capricieux, etc. C'est pendant ce trouble de sa santé que madame... devint enceinte, au moment même où elle avait le plus à redouter les suites de sa grossesse, et lorsque ses vœux tendaient à l'éloigner. Aussitôt qu'elle eut acquis la certitude de sa situation, ses inquiétudes s'aggravèrent. Toute la durée de la gestation fut accompagnée d'une santé chancelante, mais sans lésion déterminée dans quelque organe: au moral persistait un découragement, une affliction profonde, toujours entretenus par des malheurs domestiques, par une erreur de position.

Vers la fin du neuvième mois de la grossesse, le 12 février, se manifestèrent des douleurs lombaires vives, de violentes coliques, un fréquent besoin, mais le plus souvent illusoire, de défécation et d'émission des urines. La distension de l'abdomen était très-considérable, les mouvemens du fœtus répétés, tumultueux. Quelques bains ordinaires, un régime diététique, furent ordonnés. Le 18 février, les douleurs lombaires et périnéales augmentèrent considérablement. Le 19, une sage-femme fut mandée sur les midi: elle apprécie la dilatation du col de l'utérus correspondant, à la largeur d'une pièce de cinq francs. La poche des eaux se prêtait à cet orifice: jugeant le travail assez avancé, et voulant, autant que possible, l'accélérer, l'accouchée semblait en effet manquer de force nécessaire, et accusait des douleurs qu'elle disait intolérables; la sage-

femme produit donc avec le doigt la rupture de la poche amniotique. Après cette opération, les douleurs se ralentirent peu, toutefois le col se dilatait et s'amincissait de plus en plus : appelé dans la soirée pour visiter cette malade, je la trouvai dans un état de pâleur et d'abattement extrême; relevé à chaque instant par des douleurs vives, le travail durait depuis vingt-quatre heures. Mon doigt introduit dans le vagin, me fit reconnaître une dilatation complète du col de la matrice, qui était presque tout-à fait effacé. Le fœtus se présentait en deuxième position (occipito-cotyloïdienne droite). Le bassin de la femme était bien conformé, et les dimensions du fœtus n'avaient rien d'anormal. Interrogée, la malade rappelle qu'elle a eu deux accouchemens naturels, à terme et sans accidens consécutifs. Je crus nécessaire d'attendre : nulle autre indication ne s'offrait à mon esprit. A minuit, rien n'était changé dans la situation réciproque de l'enfant et de la mère, dont les douleurs continuaient avec une intensité déchirante, mais plutôt lombaires et rénales qu'intra-pelviennes. La tête du fœtus restait au détroit inférieur, et pressait derrière la cavité cotyloïde droite; le col utérin était effacé; la femme s'épuisait en douleurs stériles : c'est dans ce cas, que je regardai des plus utiles l'emploi du seigle ergoté; j'en administrai, de quart d'heure en quart d'heure, quatre paquets de douze grains, dans deux cuillerées d'eau ordinaire chaque fois. Je suivais attentivement le résultat, et ne fus témoin d'aucun phénomène; peut-être les douleurs furent-elles plus continues, mais sans changer de caractère, de siége; je dis peut-être : rien, en effet, ne s'estime plus difficilement que la douleur. Celui qui souffre, seul est compétent du caractère de la douleur et de son intensité, et ne peut jamais rendre une sensation qui ne saurait se communiquer identiquement à autrui, seule voie pour une rigoureuse appréciation.

Pendant le restant de la nuit, jusqu'à sept heures du matin, je supportai les cris, les plaintes, le désespoir de la malade; elle réclamait avec une énergique persévérance l'application du forceps. Une tumeur sanguine occupait les petites lèvres, et leur donnait isolément le volume d'un gros œuf. Le derme chevelu de l'enfant offrait, au niveau du centre de l'excavation du bassin, une saillie fluctuante, volumineuse, résultat de la compression. Depuis onze heures, tout mouvement dans l'abdomen avait cessé. A huit heures du matin, je fis prier M. Clément de vouloir bien venir m'aider de ses conseils : il résolut immédiatement l'emploi du forceps. Guidé par ce professeur, je l'introduisis sans difficulté, et amenai dans un bref délai un enfant du sexe masculin, sans vie, peu développé, paraissant au septième mois de la gestation. Le cordon ombilical était froid, ne battait plus. Des aspersions et frictions, et autres moyens, rappelèrent l'enfant à la vie, quoique, pendant près d'une demi-heure, nous crûmes nos efforts inutiles.

M. Clément, obligé de se rendre à son service de l'hôpital de la Pitié, me laissa seul auprès de la malade.

En portant la main sur l'abdomen, je ne reconnais aucune réduction de la matrice; aussitôt introduisant la main au sommet du vagin, je touche la tête d'un second enfant, affectant la même position que le premier. La malade qui s'aperçoit de cette double parturition, réclame une nouvelle application du forceps; tout ce qu'elle a de force se consume pour obtenir ce qu'elle invoque comme faveur. L'inertie de la matrice continue, le cordon ombilical du premier enfant, coupé et qui pend au-dehors de la vulve, ne donne point de sang, cependant j'y pratique un nœud : à dix heures, en présence de la sage-femme, j'applique de nouveau le forceps, et retire une fille d'un embonpoint, d'un volume très-considérable, et qui de suite fit entendre ses vagissemens. Peu après, je pratique la délivrance successive des deux placenta : le premier, ainsi que son cordon, est de moitié plus petit que le second. Les deux enfans confiés à la même nourrice, ne laissent pas espérer de chances égales de vie; le premier, chétif, semble ne pas appartenir à la même époque de fécondation; du moins cette opinion consacrée par le vulgaire, voulait que le premier des deux jumeaux fût considéré comme le puîné.

La santé de la mère s'est rétablie avec rapidité, et les suites de couches n'eurent que la durée moyenne.

*Réflexions.* Dans cet accouchement, suivant moi, il aurait été inutile de rompre la poche des eaux; les cas qui l'indiquent sont très-rares. La résistance qu'exerce un corps de cette nature sur l'organe utérin, la pression qu'il porte sur le col, s'effectuent d'une manière plus uniforme, plus constante, plus régulière, plus tolérable que ne pourrait le faire le fœtus et protègent d'autant ce dernier.

Dans cet accouchement, à quoi attribuer l'inefficacité du seigle ergoté? à sa vétusté, à sa mauvaise qualité peut-être; mais je ne sache pas qu'on ait donné le moyen de la juger lorsque l'ergot est en poudre : je sais bien qu'il ne faut le réduire ainsi qu'au moment de s'en servir; c'est ce qui a été recommandé au pharmacien. La matrice distendue par deux fœtus, n'aurait-elle pas été dans des circonstances plus défavorables pour se contracter utilement sous l'influence du seigle ergoté?

Dans cette circonstance l'application du forceps, devenait indispensable et a pu seule prévenir la mort. Inertie de la matrice, persistance et inutilité des douleurs d'une durée très-grande, asphyxie imminente du premier fœtus, compression du cordon ombilical, importance de terminer un accouchement qui pouvait compromettre la vie de trois individus. De la part de la mère, sollicitation pour l'opération, courage pour la supporter.

---

## OBSERVATIONS

### SUR UN ANÉVRYSME FAUX CONSÉCUTIF DE L'AORTE DESCENDANTE;

*Par* M. Pénissat, *Médecin à Clermont-Ferrand.*

Communiquée

*Par* M. G. Breschet, *Docteur en Médecine.*

M. X., capitaine au neuvième régiment d'infanterie légère, ayant supporté, pendant vingt-cinq à trente

ans, toutes les vicissitudes et les travaux assez violens attachés au service militaire, sans cependant avoir jamais été malade, fit, pendant l'hiver de 1830, se trouvant en garnison à Bourges, une chute assez violente sur l'escalier de la caserne; les pieds lui ayant glissé comme il descendait, il tomba à la renverse sur l'angle d'une pierre. Cet accident ne l'empêcha pas de continuer son service actif, car il s'en ressentit à peine sur le moment. Un an après, au mois de janvier 1831, étant à Brest, un jour qu'il était allé à la chasse par un temps très-froid, il éprouva tout-à-coup en marchant une douleur on ne peut plus vive, qui le força même à s'arrêter quelques instans; il rapportait cette douleur vers la partie inférieure et un peu à gauche de la colonne vertébrale. C'était la première fois qu'il souffrait depuis sa chute. Alors il présentait une constitution assez robuste : pour se débarrasser de cette douleur, qui lui fit garder la chambre pendant dix ou douze jours, il ne fit aucun traitement, et reprit son service au bout de ce temps : trois mois après, obligé de changer de garnison, et de faire pour cela une longue route à pied, il ressentit, pendant ce long trajet, de petites douleurs sourdes, toujours au même endroit, et revenant de temps en temps.

Pendant l'été de 1831, étant à Clermont, où il remplissait les fonctions de capitaine rapporteur auprès du conseil de guerre, il fut un jour se promener, par un temps très-chaud, à Royat, où il y a des sources d'eau très-froide; à peine y fut-il arrivé, et encore tout en sueur, il but un verre d'eau : dès ce moment, les douleurs qui, jusque-là avaient été irrégulièrement intermittentes et peu vives, si ce n'est lors de la première crise, devinrent de plus en plus violentes; cependant il continua ses occupations jusqu'à la fin de l'année, époque où elles devinrent si vives, par intervalles assez rapprochés, qu'il fut obligé de suspendre ses fonctions; il demanda alors un congé d'un mois qu'il fut passer à Bordeaux auprès de sa famille : ce voyage lui fit beaucoup de bien, car arrivé chez lui il souffrait moins. Son congé expiré, il se mit en route pour revenir à Clermont : pendant son voyage, il éprouva une nouvelle crise, qui le contraignit de s'arrêter huit à dix jours à Aubusson, après lesquels, souffrant un peu moins, il acheva sa route. Pendant les quatre premiers mois de 1832, le malade fut assez souffrant, et les médecins qu'il fit consulter pensèrent que son état était rhumatismal; alors ils lui firent faire un traitement antiphlogistique.

Cette médication sembla procurer un peu de soulagement; cependant les forces diminuèrent de jour en jour, et il perdit beaucoup de son embonpoint. Au mois de mai, on lui conseilla les eaux minérales de Bourbonne; il s'y rendit le 24 du même mois : il supporta assez bien le voyage, qu'il ne fit qu'à petites journées. Arrivé à Bourbonne, il prit de suite les bains : les cinq premiers semblèrent produire une amélioration sensible dans son état, et surtout dans les douleurs, qui devinrent moins vives; mais les autres bains ne firent éprouver aucune amélioration; il y séjourna quinze jours. Au bout de ce temps, l'apparition du choléra à Bourbonne lui fit quitter les eaux, sans être atteint par ce cruel fléau. Il fut très-fatigué de son retour; mais quatre à cinq jours de repos suffirent pour le remettre un peu, et rendre les douleurs moins vives : ce qui confirma l'opinion des médecins qui avaient jugé son état rhumatismal. Enhardis par ce premier succès d'eau thermale, ces Messieurs lui conseillèrent les eaux minérales de Saint-Nectaire, où il se rendit au mois d'août; il y prit un bain et une douche alternativement, de jour en jour; cela le fatiguait tellement qu'il restait alité une partie de la journée; aussi croyait-il être guéri plus tôt. Après y avoir demeuré de vingt à vingt-cinq jours, sans y éprouver la moindre amélioration, mais au contraire plus fatigué, il en revint, au mois de septembre, plus souffrant que lorsqu'il était parti. Voici l'état dans lequel il était alors.

Amaigrissement général; insomnie continuelle, qui ne cédait même pas aux préparations opiacées, prises à assez haute dose. Douleur très-vive et plus continuelle, qui se faisait sentir à la partie postérieure et inférieure de la colonne vertébrale, un peu à gauche; il éprouvait parfois la même douleur à la partie antérieure et gauche de l'abdomen, dans la fosse iliaque du même côté; de temps en temps, il avait des mouvemens convulsifs involontaires des membres du côté gauche, qui exécutaient des mouvemens de flexion et d'extension presque subitement. Ces mêmes contractions avaient lieu aussi dans les muscles de la face. En palpant le ventre, on trouva une tumeur de forme oblongue, s'étendant de haut en bas et un peu d'arrière en avant; elle débordait le rebord des cartilages des fausses côtes gauches. On soupçonna dès lors une hypertrophie de la rate ou du rein gauche, avec carie du corps des vertèbres correspondantes au point douloureux : l'inspection des urines, qui avaient toujours été on ne peut plus limpides, fit rejeter l'idée d'une altération du rein.

Les digestions se faisaient très-bien; cependant les évacuations alvines n'avaient lieu qu'au moyen de lavemens; la respiration était libre.

Pour combattre tous ces symptômes, on employa le traitement suivant : saignée locale et générale; cataplasme émollient arrosé de laudanum sur l'endroit douloureux, frictions sur les mêmes parties avec une pommade, faite avec l'extrait de belladone, l'émétique, le sulfate de quinine et l'axonge; application de deux cautères, faits avec la potasse caustique, à la partie inférieure et sur les côtés de la colonne vertébrale; tisane adoucissante; eau de Javelle; lavemens émolliens.

Malgré cette médication, tous les symptômes énoncés ci-dessus allaient toujours en augmentant, et même, dans les premiers jours de novembre, il en survint un autre, qui, dès son apparition, ne nous laissa plus aucun doute sur le diagnostic de cette affection.

Ce symptôme consistait dans une petite tumeur, située à l'endroit où le malade rapportait sa douleur la plus vive, c'est-à-dire à la partie postérieure inférieure, et un peu à gauche de la colonne vertébrale : très-petite d'abord, elle était sans changement de couleur à la peau, présentant des battemens isochrones à ceux du pouls, insensible au toucher, mais faisant éprouver à l'intérieur des douleurs très-vives. Dans l'espace de deux mois, elle acquit graduellement un volume si grand, qu'on eût dit que le malade était bossu; elle était saillante de quatre à cinq pouces, et avait un dia-

mètre à sa base, de douze à quinze; les fausses côtes étaient déjetées et mêmes redressées. A mesure qu'elle grossit, les douleurs deviennent plus vives, se fixent dans toute la cavité abdominale, dans le cordon des vaisseaux spermatiques, et dans tout le membre pelvien du même côté, jusqu'aux extrémités des orteils.

Dans les premiers jours de janvier 1833, le malade était arrivé au dernier degré de marasme; il pouvait à peine se remuer dans son lit, et bien que tant de symptômes fâcheux annonçassent une mort prochaine, il espérait toujours guérir. Restant continuellement couché sur le dos, la partie la plus saillante de la tumeur finit par devenir rouge d'abord, puis violette, et enfin il se forma une escarre gangréneuse, qui, très-petite dès son début, acquit dans quinze jours la grandeur d'une carte à jouer; à chaque instant on s'attendait à une rupture ou crevasse de cette escarre, qui aurait produit, si elle fût arrivée, une mort subite; mais une affection catarrhale des poumons, qui survint presque subitement, le fit succomber le 26 janvier, et cela dans les vingt-quatre heures.

Voici ce que l'autopsie nous a présenté.

Amaigrissement général et très-considérable de tout le corps. Le thorax offrait à l'extérieur du côté gauche, surtout à sa partie postérieure, comme je l'ai déjà dit, une tumeur énorme; dans l'intérieur nous avons trouvé quelques adhérences entre les deux plèvres, et même un léger commencement de suppuration; les poumons étaient sains; le cœur était très-petit, et recouvert d'une matière graisseuse de couleur jaunâtre; les vaisseaux qui en partaient semblaient avoir diminué de calibre.

Dans la cavité abdominale, nous avons reconnu que la tumeur que nous sentions à l'extérieur en palpant le ventre, était formée par le rein gauche, qui se trouvait au-devant de la véritable tumeur; cet organe, ainsi que l'uretère, la veine et l'artère rénales ne présentaient aucune altération; après l'avoir enlevé, ainsi que l'estomac, la rate et toute la masse intestinale, qui se trouvaient aussi dans leur état normal, nous avons rencontré le muscle psoas et le pilier gauche du diaphragme fortement amincis, et adhérant beaucoup à la face externe de la tumeur, dont ils semblaient former une enveloppe particulière; derrière ces muscles, que nous eûmes beaucoup de peine à enlever en partie, nous découvrîmes la véritable tumeur; elle était aussi fortement collée aux muscles transverses du ventre; elle offrait une dimension de cinq à six pouces transversalement, et de sept à huit de haut en bas; l'aorte, qui était placée au devant et un peu à droite, présentait un calibre, dans sa partie inférieure à la tumeur, beaucoup plus petit que dans l'état normal; toutes les artères qui en sortaient, et surtout les iliaques primitives, étaient aussi très-petites; ces dernières n'avaient tout au plus que la grosseur d'une plume à écrire. Avant d'ouvrir l'aorte, nous restâmes un moment indécis sur la formation de cette tumeur; mais une fois ouverte, nous aperçûmes à sa paroi postérieure, au niveau de la huitième ou neuvième vertèbre dorsale, une ouverture presque ronde, de deux pouces de diamètre, dans laquelle les parois de l'artère semblaient s'enfoncer; c'était là l'ouverture de communication avec la tumeur, qui s'étendait à droite et à gauche au-devant de la colonne vertébrale; à droite, la distension présentait un volume d'un œuf de poule, mais à gauche, elle offrait celui d'une tête de fœtus à terme; l'ouverture qui communiquait de l'artère dans la tumeur était remplie de caillots sanguins, semblables à ceux que l'on trouve après la mort dans le cœur et les gros vaisseaux; nous ouvrîmes la poche anévrysmale par sa partie postérieure, et nous trouvâmes dans son intérieur, qui, du reste, était affaissé par l'effusion de sang liquide, des masses fibrineuses, à peine colorées de sang jaunâtre stratifié; elles s'enlevaient facilement; les couches ou lamelles de ce tissu fibrineux, qui semblaient s'être organisées, avaient une ligne et demie d'épaisseur au centre de la tumeur; elles étaient molles et colorées d'une très-petite quantité de sang; mais en examinant celles qui étaient plus près des parois du sac, nous vîmes qu'elles étaient plus minces, plus jaunâtres, plus lisses et qu'elles adhéraient beaucoup entre elles; un examen attentif de ces mêmes couches les plus extérieures, semblait nous faire croire que la tunique interne de l'artère se continuait jusque sur les parois du sac.

Nous vidâmes l'intérieur du sac des divers produits sanguins qui y étaient contenus, et nous reconnûmes que la poche était formée antérieurement par les tuniques artérielles distendues et recouvertes par les fibres musculaires du psoas et du diaphragme, postérieurement et au côté externe, par du tissu cellulaire infiltré de caillots sanguins, derrière lequel était la portion charnue correspondante de la masse commune au sacro-lombaire at long dorsal. Ainsi que le transverse, toutes ces parties étaient en partie détruites, et quelques-unes commençaient à se gangréner.

Le côté interne présentait le corps de plusieurs vertèbres entièrement dénudées, privées de ligament vertébral antérieur et profondément érodées; les os présentaient des inégalités nombreuses, sans que pour cela leur surface fût rugueuse; une couche de tissu compacte les recouvrait, et il n'y avait que quelques lignes d'épaisseur entre la poche anévrysmale et le canal vertébral; aussi les enveloppes de la moelle étaient légèrememt altérées.

De toutes ces altérations, nous concluons qu'il est probable que le sac anévrysmal a commencé à l'époque où M... fit sa chute, et qu'il s'est formé d'abord aux dépens des tuniques artérielles, surtout de l'interne, qui, après s'être distendues autant que possible, se sont rompues; ce qui a donné lieu à un anévrysme faux consécutif de l'aorte descendante, dont la paroi postérieure s'est formée aux dépens du tissu cellulaire.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(*Clinique de M. le professeur Bouillaud.*)

Péripneumonie intense traitée par les émissions sanguines. — Guérison. — Abus d'alimens pendant la convalescence. — Dyssenterie cholériforme. — Mort. — Autopsie.

### Observation recueillie

*Par* M. Donné, *Chef de clinique.*

La péripneumonie, dont je vais donner l'observa-

respiration s'entend bien dans tout le côté droit; seulement abrégée, est intéressante par elle-même, à cause de sa gravité et de sa guérison; mais c'est principalement sur les accidens arrivés pendant la convalescence, et qui se terminèrent d'une manière fatale, que je veux appeler l'attention, parce que ces accidens sont très-fréquens dans les hôpitaux, et que l'on ne saurait apporter trop de soin et de surveillance dans le régime des convalescens, lors même qu'ils ont échappé au principal danger de la maladie.

Bruneteau, maçon, âgé de dix-huit ans, arrivant à Paris, fut apporté à la Charité le 27 mars dernier, atteint d'une péripneumonie envahissant une grande partie du poumon droit.

Ce jeune homme est d'une constitution assez robuste, d'un embonpoint ordinaire, et il offre toutes les apparences d'une santé habituellement bonne; il n'a jamais en effet été affecté de maladie grave, et n'est sujet à aucune incommodité. Il se nourrit bien et ne fait point d'excès de vin ni de liqueurs. Parti du département de la Creuse pour venir à Paris, il a fait une partie de la route à pied, et il a reçu plusieurs fois de la pluie sur le dos ayant chaud. Le 25 mars, il se lève aussi bien portant que de coutume, ne toussant point, n'ayant ressenti ni frisson, ni point de côté; il se rend à la Grève pour chercher de l'ouvrage; là, il reste exposé au froid; il est pris de frisson et revient chez lui se mettre au lit. Peu d'instans après, il se manifeste une douleur dans le côté droit de la poitrine; cette douleur augmente pendant les fortes inspirations et pendant la toux, qui ne tarde pas à survenir; les crachats, d'abord blancs et muqueux, se teignent le lendemain d'une couleur de rouille, et deviennent visqueux et demi-transparens. Céphalalgie intense; quatre à cinq selles dans la journée, sans coliques; pas de vomissement; insomnie, frisson, puis chaleur brûlante. Le lendemain, exaspération des mêmes symptômes. Arrivé à la Charité vers le milieu de la journée, il est saigné le soir même; on tire quatre palettes de sang: le caillot examiné le lendemain, nageait dans une sérosité abondante, et présentait des traces d'une couenne verdâtre.

*État du malade à la visite du* 28. Décubitus sur le côté gauche; la douleur qui existe à droite l'empêche de se poser sur ce côté. La tête est toujours lourde et douloureuse; aucun signe de délire; réponses nettes et précises; léger assoupissement; insomnie pendant une grande partie de la nuit; pas d'éblouissement ni de tintemens d'oreilles. Pommettes colorées; lèvres sèches; langue humide, couverte d'un enduit blanc au milieu, rouge sur les bords, mais surtout à la pointe. Pas de nausées; soif vive; anorexie, etc.

*Examen de la poitrine.* Respiration haletante, 44 inspirations par minute; toux fréquente, expectoration rare. Le vase contient un mélange de crachats blancs, muqueux, et de crachats visqueux, rouillés, demi-transparens, mêlés de quelques stries de sang pur. Haleine fétide; douleur vive dans le côté droit à la base de la poitrine au-dessous du creux de l'aisselle.

Il y a du son en avant jusqu'à deux doigts au-dessous du téton; là, commence une matité prononcée, que je crois devoir rapporter à la présence du foie. La respiration est pure, vésiculaire dans les points où existe la résonnance; elle devient obscure vers la base du poumon. En arrière, il y a du son jusques au-dessous de la partie moyenne de la poitrine; la respiration s'entend bien sans être accompagnée de souffle ni de râle, jusqu'à la distance de quatre doigts au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Là commence une respiration bronchique très-forte, avec résonnance de la voix et *égophonie*. La respiration vésiculaire est nulle en ce point, et il n'y a pas même de râle crépitant sensible. Sur le côté, directement au-dessous de l'aisselle, vers la base du poumon, existe le même souffle, sans crépitation.

Le son et la respiration sont parfaitement bons dans toute l'étendue du côté gauche. Il y a néanmoins peu de sonoréité dans la région précordiale, et les battemens du cœur sont sourds et profonds. Aucune douleur dans ce côté.

On pratique à l'instant une nouvelle saignée de trois palettes, et 25 sangsues sont appliquées sur le côté malade. (Cataplasme; lavement émollient; tisane de violette édulcorée avec le sirop de gomme, julep gommeux; diète.) Pouls souple, régulier; 96 pulsations par minute. Ventre souple, douloureux à la pression, surtout à l'épigastre et dans l'hypocondre droit. Huit selles très-liquides, depuis la veille au soir, sans coliques. Urines naturelles. Chaleur vive à la peau, qui est humide. Faiblesse assez grande. (Nouvelle saignée dans la soirée.)

Le 29, le caillot des deux saignées est couvert d'une couenne assez épaisse et verdâtre; une espèce de pellicule, de fausse-membrane, existe à la surface de la couenne, qui est elle-même très-adhérente au caillot. Pouls, 100. Respiration, 40 à 44. L'haleine est moins fétide qu'hier. Le vase ne contient que quelques crachats rouillés. Il existe du râle crépitant à grosses bulles, dans un point limité, en arrière, à la base du poumon droit. La douleur de côté est moins forte. Langue sèche. Pas de diarrhée. Peau sèche, d'une teinte légérement ictérique. Nuit assez bonne. (Saignée; 20 sangsues sur le côté; cataplasme; lavement émollient; julep, etc. Diète.)

Le 30, état de prostration depuis hier; le sang a coulé difficilement; on a eu de la peine à en obtenir deux palettes. Pas de trace de couenne sur le caillot. Pouls, 112. Langue humide; ventre souple; céphalalgie intense; peau sèche. La respiration revient dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon droit; elle est accompagnée d'un râle crépitant assez gros et rare. (Saignée de trois palettes; 15 sangsues sur le côté, etc. *Idem.*)

Le 31, il y a moins de prostration; pouls, 104, respiration, 40; même état de la poitrine (16 sangsues sur le côté, etc., *Idem.*)

Le 1er avril, la peau est moins sèche; pouls, 84; respiration, 36 à 40; le malade se plaint et se tourmente (15 sangsues, *Idem, Idem.*)

Le 2, la peau est sensiblement moins chaude et plus humide; la figure est calme, la langue humide; le râle crépitant, de retour, se manifeste de plus en plus; pouls, 92; respiration calme (violette et guimauve édulcorée, lavem., cataplasme; diète).

Depuis cette époque, la maladie marche rapidement vers la guérison; le 6, il n'y a plus aucune trace de sang dans les crachats: le malade tousse à peine; la

ment elle est un peu plus faible qu'à gauche. Plus de souffle ni de râle. (Bouillons et potages.)

De 10 la convalescence est parfaite; l'appétit est bon, le malade mange la demie. Le pouls, légèrement irrégulier, bat 54 fois.

Le 12, le malade se gorge d'alimens qu'il se fait apporter probablement du dehors. Il descend ensuite au jardin, s'expose au soleil pendant un certain temps, puis il est pris de vomissemens.

Le 14, céphalalgie; la face est rouge, un peu gonflée, érysipélateuse; la peau est sensible au toucher; les paupières sont infiltrées, les yeux larmoyans; langue blanche, sèche, soif vive; pouls, 104 à 108. (12 sangsues aux tempes. Solution de sirop de groseilles. Lavement laxatif. Diète.)

Le 15, pouls, petit, 128; chaleur vive à la peau; soif vive; langue sèche, encroûtée; selles nombreuses, sanguinolentes; la face est moins gonflée; pas de douleur en aucun point, mais faiblesse excessive. (12 sangsues au siége. Sirop de groseille, limon. Lavem. de guimauve et amidon. Diète.)

Le 16, faiblesse extrême; pouls petit, 124; peau sèche; langue épaisse, blanche; lèvres encroûtées; soif vive; pas de douleur dans le ventre; selles continuelles, sanguinolentes : au milieu du sang, presque pur, nagent des grumeaux blancs. Ces évacuations ont beaucoup d'analogie avec celles des cholériques, à une époque avancée de la maladie. Peu d'urines; pas de crampes; intelligence parfaite; céphalalgie; le ventre n'est point ballonné. (12 sangsues sur le ventre; julep gommeux, avec 8 gouttes de laudanum; plusieurs quarts de lavemens, etc.)

Mort à midi.

*Autopsie cadavérique* faite 21 heures après la mort.

Les deux poumons sont en bon état; la résolution est complètement opérée dans le poumon droit, qui est revenu à l'état naturel, sauf quelques adhérences qui l'unissent à la plèvre costale.

Tous les tissus sont généralement pâles et décolorés; le sang est séreux, liquide; quelques plaques rouges existent à la surface interne de l'aorte.

L'estomac et le tube digestif, jusqu'à la fin de l'intestin grêle, ne présentent aucune altération qui mérite d'être notée. Un assez grand nombre de follicules développés existent vers la fin du jéjunum, qui contient aussi quatre vers lombrics.

Une assez grande quantité de matières sanguinolentes s'écoule du gros intestin sous forme de bouillie. La membrane muqueuse est criblée de points rouges; elle est tuméfié, ramollie au point de ne pouvoir en enlever aucune portion en lambeau; le tissu cellulaire sous-muqueux est à l'état normal. L'altération que je viens de signaler était surtout portée au plus haut degré à partir de la fin du colon-transverse. Cette dernière portion de l'intestin paraît avoir été le siége d'une hémorrhagie considérable.

### *Réflexions.*

Le traitement antiphlogistique a été appliqué ici avec une grande énergie, comme on le voit, et, il faut le dire, avec beaucoup de succès. L'accident funeste arrivé pendant la convalescence ne doit pas empêcher de reconnaître l'heureuse influence des émissions sanguines dans ce cas de pneumonie. Il est remarquable que, après cinq saignées pratiquées en quatre jours, et l'application de soixante sangsues, les forces se relèvent et la prostration diminue.

C'est ainsi que M. Bouillaud traite tous les péripneumoniques jeunes et vigoureux qui se présentent dans son service; il pense qu'il ne faut pas juger des avantages de ce traitement que lorsqu'il a été appliqué de cette manière, et non pas, comme l'a fait M. Louis dans son intéressant Mémoire, d'après des cas où, le plus souvent, deux ou trois saignées au plus avaient été été faites au début de la maladie.

Le résumé clinique que nous avons publié dernièrement pourra permettre d'apprécier cette méthode d'après des résultats positifs.

Maintenant, on demandera peut-être si les émissions sanguines, portées à ce haut degré en peu de temps, en leur accordant tous les avantages possibles dans le traitement de la pneumonie, ne peuvent pas contribuer à rendre la convalescence plus difficile? si elles ne doivent pas faire craindre que les moindres rechutes ne deviennent très-graves, et même rapidement mortelles, le sujet n'ayant plus la force de réagir et de fournir une nouvelle carrière?

Tout ce que je puis, en ce moment, répondre à cette objection, qui mérite d'être prise en considération, c'est que voilà le premier accident de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer dans le nombre, assez grand déjà, des pneumonies que j'ai vu traiter depuis que je suis attaché au service de M. Bouillaud.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE.

—

### CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE INTERNE.

### *Épreuves orales.*

Les épreuves orales ont commencé le 30 du mois dernier. Le jury procède de la manière suivante : on tire au sort le nom du candidat qui devra faire la leçon du jour : deux malades, également désignés par le sort, sont soumis à son examen; cet examen ne peut pas durer plus d'une demi-heure. Il va sans dire que les juges, à leur tour, ont préalablement étudié l'affection des deux malades qui vont servir de texte à la dissertation, et qu'à cet effet ils ont dû se rendre à l'hôpital ou ces malades sont couchés : lorsque la demi-heure accordée pour l'examen est expirée, le compétiteur, accompagné de deux de ses collègues, se transporte à l'amphithéâtre de l'école, et là, en présence des juges et du public, il a la parole pour faire sa leçon : le temps de cette leçon est fixé à une heure.

On voit que, dans cette manière de procéder, tout est laissé à la décision du hasard : sous ce rapport, il y a égalité parfaite pour tous les concurrens, et partant pas d'injustice; mais, à notre avis, c'est un peu trop accorder aux caprices du sort : pour les juges, comme pour les compétiteurs. Il nous semble, en effet, qu'il serait plus convenable de faire en sorte qu'il y eût, au moins sous le rapport de l'importance des maladies qui

sont examinées, le plus d'analogie et le plus d'affinité possible. Les premiers, c'est évident, auraient ainsi moins de peine à asseoir leur jugement ; car la discussion comparative, entre les diverses leçons, serait certainement plus simple, plus facile, et l'erreur moins à craindre : pour les derniers, ce serait aussi chose importante et juste ; ce serait le seul moyen de leur éviter d'inutiles regrets, dans le cas où le sort viendrait à leur désigner une maladie par trop insignifiante, comme cela peut très-bien arriver. Une chaire, comme celle qui est disputée, n'est pas de ces objets qu'on joue *à tête ou pile;* or, il y a un peu de cela dans la manière dont on procède dans cette épreuve décisive. Du reste, à la dernière séance, un exemple frappant est venu fort à propos prouver la justesse de ces réflexions ; et l'inconvénient, que nous n'avions d'abord l'intention de signaler que comme possible, s'est trouvé réalisé de la manière la plus démonstrative. Il est échu, en effet, à M. Piorry un malade, dont le diagnostic n'était rien moins que facile ; c'est ce qu'on pourra juger, quand nous donnerons sa leçon : contentons-nous, pour le moment, de dire que, suivant toute probabilité, suivant les symptômes indiqués, suivant les présomptions mêmes de M. Piorry, il est très-possible que son malade n'eût rien de médical, mais bien une inflammation du tissu cellulaire qui entoure le cœcum, inflammation qui peut-être se terminera par abcès : eh bien, je le demande : y a-t-il parité entre cette question et celle de M. Trousseau, par exemple (variole) ? peut-on bien, dans des sujets si disparates, établir un jugement comparatif? n'est-ce pas augmenter bien inutilement les difficultés, qui sont déjà si grandes, quand il s'agit, entre un grand nombre de concurrens de mérite, de constater quel est le plus digne ? et n'est-il pas vraiment bizarre d'être exposé, pour une place de médecine, de faire ses épreuves sur un sujet purement de chirurgie, et surtout de chirurgie qui demande, comme le sujet de M. Piorry, le plus d'exercice, de sens et d'habileté ?

Nous espérons bien que cet exemple suffira pour engager le jury à prendre des mesures convenables, pour que pareil inconvénient ne se reproduise pas de nouveau : c'est, du reste, si facile, qu'il y aurait en vérité de sa part plus que de la mauvaise grâce à ne pas faire ce qu'il faut pour l'éviter. Cela dit, passons à la leçon de M. Trousseau : nous rapporterons ce qu'il a dit de plus saillant avec l'exactitude la plus scrupuleuse ; c'est le meilleur moyen pour que le public intervienne aussi, pour sa part, dans cet important débat, et, les matériaux en main, puisse sceller de son contrôle impartial la décision future du jury : il ne saurait y avoir de meilleure garantie.

M. Trousseau a eu à nous entretenir de deux malades de la Charité, couchés, l'un au n° 5, l'autre au n° 2 de la salle Saint-Louis.

N° 5. L'intelligence de ce malade est peu développée ; c'est à peine s'il comprend les questions qu'on lui adresse : il en résulte qu'on peut très-difficilement exposer les circonstances commémoratives : mais dans le cas dont il s'agit, on peut, jusqu'à un certain point, se passer de ces circonstances, car on a affaire à une variole ; or, il est toujours facile de reconnaître l'âge de la variole, par la simple inspection des pustules : aussi M. Trousseau décide que cette éruption est au douzième jour de l'invasion, et au neuvième de son développement proprement dit :

La langue est rouge, mais humide ; elle offre çà et là des pustules : celles-ci sont constantes, quand l'éruption est confluente, de même au pharynx, de même au larynx et aux bronches, auquel cas il y a nécessairement aphonie : cette présence des pustules, dans ces diverses parties, a déjà été signalée, dit M. Trousseau, par Sydenham et d'autres célèbres pathologistes.

Le candidat examine ensuite successivement les divers appareils : il ne trouve nulle part de complication grave : les organes abdominaux sont dans leur état normal : rien du côté du poumon, respiration libre, peu ou point de toux ; il constate pourtant quelques bulles de râle muqueux, mais c'est peu important. Le pouls est raide, la fièvre modérée ; le cœur donne 112 battemens par minute.

L'organe cérébral ne lui paraît pas gravement impressionné ; il croit pourtant à un peu de délire, sans l'assurer positivement, car le malade ne déraisonne pas ; et s'il ne répond pas convenablement à toutes les questions, cela peut tenir au peu de développement de son intelligence... M. Trousseau se déclare positivement partisan de la contagion, et cherche à prouver par des exemples, la justesse de son opinion : il cite à ce sujet le cas de la fille d'un mercier de la rue de l'Échiquier : cette fille est atteinte de variole ; il n'y avait pas d'autre exemple dans la rue, ce dont il s'est assuré lui-même : avant quinze jours, cette même rue et celle qui l'avoisine en offrirent plus de quinze cas. La variole, dit-il, ne se communique dans le Nouveau-Monde que par les vaisseaux européens qui l'y apportent : les régions à l'abri du contact de ces vaisseaux, en demeurent toujours exemptes. La *graine* variolique peut donc conserver long-temps son principe contagieux, et ne le développer que dans des circonstances particulières, après un temps plus ou moins long. Il cite à ce sujet un exemple qu'il a lui-même observé à Angers ; c'est celui d'un soldat variolique qui fut reçu à l'hôpital de cette ville : après un laps de temps assez considérable, une épidémie de variole se déclara : c'est au soldat qu'il faut en attribuer le développement. Enfin, M. Trousseau conclut qu'il est *à peu près* impossible que cette maladie vienne sans contagion : il avoue pourtant qu'il a bien fallu nécessairement que la première se développât spontanément ; mais celle-là seule trouve grâce près de lui, et hormis elle, tout le reste a été contagieux.

*Pronostic.* Les pustules sont assez nombreuses aux membres et au tronc, mais cela ne prouve pas que l'affection soit confluente : il est de l'avis de Sydenham, qui ne juge confluente une variole que lorsqu'elle l'est à la face ; or, celle-ci n'offre que peu de pustules chez son malade. La tuméfaction des mains et des pieds, survenant du huitième au dixième jour, a été considérée par Sydenham comme un symptôme favorable : c'est aussi l'opinion de M. Trousseau ; et comme cette particularité se remarque chez son varioleux, il en augure bien. Ce qui le rassure encore, c'est que le pouls se maintient développé à la troisième période : à cette période aussi les vomissemens sont généralement fâcheux, de même le dévoiement, mais son ma-

lade n'offre rien de cela : sous le rapport du dévoiement, il établit une exception en faveur des enfans, chez lesquels, dit-il, ce symptôme est plutôt utile que nuisible. Enfin, par toutes ces raisons, M. Trousseau juge très-peu grave cette affection, et il ajoute que si le malade venait à mourir, ce ne serait ni sa faute, ni celle de la maladie, mais bien celle du traitement, qu'il désapprouve hautement (on a saigné le malade).

S'il était chargé du traitement, il abandonnerait l'éruption aux seules forces de la nature; il donnerait tout simplement des boissons émollientes; il se garderait surtout des évacuations sanguines : de plus, comme à cette période il croit à la possibilité d'une phlébite, par suite d'une résorption purulente, il voudrait qu'on alimentât légèrement le malade, sans s'inquiéter du peu de fièvre qui existe, bien persuadé qu'il est, que l'absorption nutritive ayant lieu, celle du pus serait impossible, ou tout au moins peu probable.

A cette époque, il n'est pas rare de voir survenir une fièvre lente, la perte de l'appétit, une diarrhée colliquative et un grand affaiblissement : on ne doit pas, suivant lui, et quoique on en ait dit, considérer ces phénomènes comme critiques; c'est une nouvelle maladie, et une maladie grave, qui doit être traitée par d'autres moyens; ceux qu'il propose sont des vésicatoires, les préparations de bismuth, la gomme kino, les lavemens avec l'eau de Bonnes, etc.

M. Trousseau assure qu'à la période où se trouve son malade, les pneumonies et les pleurésies sont rares: si elles surviennent, il proscrit les saignées et les antiphlogistiques.

Il entre ensuite dans quelques considérations générales dont nous ne pouvons que donner une analyse : la variole est pour lui une phlegmasie spécifique, et il s'attache à définir ce qu'il entend par le mot spécifique : toute phlegmasie a des caractères communs aux autres phlegmasies, mais elle en a aussi de particuliers, de spécifiques, qui en sont l'espèce. Il admet autant de maladies spécifiques qu'il y a de modificateurs spécifiques : dans toute inflammation il y a la quotité et la qualité : la qualité est toujours la même; la quotité seule peut varier : voilà pourquoi, ajoute-t-il, dix maladies spécifiques peuvent être combattues avec avantage par un même traitement. Il fait, à propos de cette spécificité morbifique, une excursion dans le domaine de l'histoire naturelle, et cherche à étayer ses idées générales d'observations faites sur le règne végétal. Qu'une mouche, par exemple, dit M. Trousseau, vienne à piquer une fleur, il en résulte ce qu'on connaît généralement sous le nom de *gale*. Eh bien, ces gales peuvent varier de mille manières dans leur forme et leur volume; elles peuvent être rondes, ovales, régulières, irrégulières, grandes, petites, etc.; mais elles offriront toujours un caractère particulier qui les fera reconnaître à tel point, qu'un botaniste un peu exercé devinera facilement, à leur simple aspect, l'espèce de mouche qu'elles contiendront et qui leur aura donné lieu. L'animal contenu sera toujours le même; tout autre moucheron produit une gale différente, etc. La quotité d'une phlegmasie n'est rien, la qualité est tout : la spécificité, dans l'état morbide, est pour M. Trousseau, l'analogue de la mouche dont nous venons de parler; ses phénomènes peuvent varier en intensité et en forme, mais le fond est toujours le même.

M. Trousseau passe ensuite à l'examen du second malade.

Celui-ci a travaillé sur la céruse et le minium. Il y a environ dix jours il fut pris tout-à-coup d'inappétence, de gastralgie, de diarrhée, mais sans fièvre. Il boit du vin chaud; alors la fièvre s'allume, des envies de vomir surviennent : un vomitif lui est administré et le malade s'est mieux trouvé : cependant il n'est pas entièrement guéri; ses premiers symptômes persistent encore quoique avec moins d'intensité, et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

*État présent.* — La langue est rouge à la pointe et sur les bords, un peu sèche et blanchâtre sur le reste de son étendue : inappétence opiniâtre; diarrhée modérée; frissons irréguliers; léger affaissement : rien, du reste, de particulier du côté des autres appareils.

M. Trousseau prononce l'existence d'une gastrite, rien de plus. Il ne veut pas ici d'émissions sanguines : en thèse générale même, il est peu partisan de ce moyen. Il déclare qu'il peut y avoir dix formes de gastrite, dont cinq seulement réclameront les antiphlogistiques : l'une, l'ipécacuanha; l'autre, les purgatifs; celle-ci, les révulsifs: celle-là, les opiacés, etc. Il s'élève à ce propos avec force contre la mauvaise foi de ceux qui, par cela seul que les symptômes de gastrite disparaissent par les vomitifs, concluent qu'il n'y avait pas gastrite : c'est, dit-il, comme si on soutenait qu'il n'y avait pas d'inflammation dans ces cas d'ophthalmie qu'on guérit par des cautérisations, par le nitrate d'argent.

Malgré que son malade ait la langue un peu rouge, malgré que l'épigastre soit douloureux, il ne trouve pas que ce soit une raison suffisante pour ne pas employer l'ipécacuanha : c'est, assure-t-il, le meilleur moyen de débarrasser vite le malade, tandis que, par les antiphlogistiques, la maladie durerait davantage, et la convalescence serait plus longue.

Suivant lui, il peut y avoir fièvre gastrique sans gastrite : dans ce cas, l'estomac est surchargé de liquides qui ne sont que le résultat d'une sécrétion vicieuse de sa membrane muqueuse. Ces sécrétions peuvent avoir lieu sans inflammation, et par pure influence nerveuse; comme l'émotion nerveuse qui constitue la douleur amène la sécrétion des larmes, comme le souvenir d'un mets amène la salive, comme la peur est quelquefois cause de sécrétions abondantes, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, etc.

Persuadé qu'il est que le plomb a été la cause de cette affection gastrique, M. Trousseau croit devoir entrer dans quelques détails curieux sur les effets bizarres de ce métal sur l'économie de l'homme et des animaux. Il a remarqué que les chevaux qui travaillent au manége du minium sont, après un certain temps, affectés de cornage. Ils éprouvent une grande difficulté de respirer, qu'il attribue, lui, à l'occlusion des voies aériennes, produite, non pas par une inflammation, ni par formation de corps étrangers, mais par paralysie du nerf récurrent larynge. Il en donne pour preuve qu'on a pratiqué à ces chevaux l'opération de la trachéotomie, qu'on a adapté à l'ouverture un tuyau qui entretenait la libre communication de l'air extérieur

avec l'organe pulmonaire, et que, par ce moyen, les chevaux n'ont plus été tourmentés de ces dyspnées dangereuses qu'ils éprouvaient avant : M. Trousseau admet donc une névrose saturnine.

Les chats ne peuvent pas vivre dans les fabriques de minium ; ce n'est pas parce qu'ils avalent ce corps, et qu'ils se donnent ainsi des inflammations : nullement ; c'est par pure névrose. Les chiens n'en sont que très-peu incommodés ; les rats, et tous les rongeurs, en deviennent paralytiques. Chez l'homme, le plomb porte rarement son action sur le larynx, mais souvent sur les yeux, et il se forme alors des amauroses, plus souvent encore sur les extrémités supérieures et inférieures, sur la moelle épinière, enfin.

L'affection du malade dont il s'agit paraît peut grave à M. Trousseau, cependant, s'il reprend ses travaux au minium, il est très-probable qu'il deviendra sérieusement malade. Ceux qui travaillent au minium sec sont rarement pris de paralysie ; l'inverse pour ceux qui préparent l'humide.

*Traitement.* — Il applaudit aux vomitifs et aux purgatifs ; et le traitement de la Charité, uni aux opiacés, paraît mériter la préférence. Peu importe, du reste, l'espèce de purgatif qu'on administre ; tous réussissent : dans plusieurs cas il s'est servi, avec avantage, du croton tiglium. Il blâme par conséquent les émissions sanguines et le traitement antiphlogistique employé par Renauldin : l'acide sulfurique, récemment vanté, à la dose de 3 ou 4 gros par jour, ne lui a pas paru agir d'une manière bien avantageuse : l'alun a réussi aussi quelquefois entre ses mains, mais moins bien et moins sûrement que les purgatifs.

Telle est en substance la leçon de M. Trousseau : sa diction a été constamment et brillante et facile ; le choix de ses expressions est toujours heureux ; jamais il ne court après les mots, encore moins après les idées : joignez à cela une assurance imperturbable, mais jamais blessante ; un organe sonore, un maintien convenable, quoique peut-être un peu trop sans façon ; un débit, enfin, sans cesse animé et chaleureux, et vous pourrez avoir une idée du beau talent de professer que possède ce compétiteur ; aussi depuis le commencement de sa leçon jusqu'à la fin, il a captivé l'attention de tout son nombreux auditoire, et il a trouvé le secret de se faire écouter avec plaisir, même dans ce qu'il a dit de plus insignifiant : cela se conçoit du reste ; il y met tant de feu ! il paraît si convaincu !... Voici pour la forme. Disons maintenant quelques mots sur le fond même de cette belle improvisation : il est facile de voir, par ce qu'on vient de lire, qu'elle est plutôt originale que savante et profonde. On y chercherait aussi vainement quelques-unes de ces considérations larges et fécondes qui annoncent le grand observateur : c'est vrai ; mais en revanche il y a une sorte de jeu de facilité qui éblouit, un désordre qui plaît, une espèce de coquetterie qui attache ; or, c'est déjà beaucoup. Si nous en avions le temps, nous demanderions pourtant à M. Trousseau, s'il pense avoir traité sa question d'une manière bien complète : nous ne le pensons pas. Il n'a nullement décrit les pustules varioliques ; c'est à peine même s'il les a nommées. Il n'a rien dit du diagnostic différentiel rien des complications qui peuvent avoir lieu tant à la peau elle-même, qu'aux principaux organes intérieurs, rien des variétés des pustules, rien de la varicelle, rien de la varioloïde : tout cela était pourtant la partie essentielle de la question. Quelques considérations sur chacune de ces particularités valaient bien sans doute son excursion sur les causes qu'il n'avait pas à examiner, et sa digression sur les phlegmasies spécifiques, sur les mouches, sur les gales des plantes. A notre avis, M. Trousseau a été également fort incomplet sur le traitement ; il n'a fait que l'ébaucher ; il n'a dit mot ni des purgatifs, ni des frictions, ni de la cautérisation, ni des ablutions d'eau froide, ni des vomitifs, ni des toniques, ni des opiacés, ni du traitement préservatif ; il a été très-certainement trop exclusif dans sa proscription des émissions sanguines, ou tout au moins il n'a pas précisé les cas où elles sont parfaitement applicables. Enfin, pour ne pas donner trop d'étendue à cet article, nous finirons par relever une erreur que M. Trousseau a commise, à notre avis, en disant que Sydenham avait déjà signalé le développement des pustules dans la bouche, le pharynx et les voix aériennes. Nous n'avons, en effet, jamais rien vu de semblable dans les ouvrages de cet auteur. Il parle bien de salivation et d'aphonie ; mais il n'attribue nulle part ces deux phénomènes aux pustules. La salivation comme la diarrhée chez les enfans, lui paraissent être un effort salutaire de la part de la nature, pour se débarrasser de l'excès d'humeur qui ne peut pas sortir par la suppuration des pustules, surtout quand celles-ci sont très-petites : *ubi tàm exiguæ.* Il ajoute ailleurs : *quæ per illas fuit evacuatio tàm est necessaria, quàm sunt vel pustulæ, vel faciei, et manuum intumescentia.* Encore une fois, il ne parle pas de pustules qui se développeraient dans les parties indiquées plus haut.

ARNAL.

---

## ESSAI THÉRAPEUTIQUE SUR L'ANTIMOINE.

*Par* MM. TROUSSEAU,

*Agrégé de la Faculté de Médecine,*

*Et* BONNET, D.M.P.

—

DEUXIÈME ARTICLE.

D. *Régime du malade.* Nous ne croyons pas que personne ait apprécié convenablement l'immense influence que le régime exerce sur les effets thérapeutiques de l'antimoine. Nous avons dit plus haut que nous avions administré des antimoniaux à des hommes atteints de sciatique, de rhumatismes chroniques, de catarrhes non fébriles, et qui, à cela près, jouissaient de l'intégrité de leur santé. Tant que nous les tenions à la diète, c'est-à-dire qu'ils ne mangeaient que trois soupes par jour ou le quart de portion, nous observions les phénomènes généraux dont nous avons déjà parlé ; mais lorsque nous accordions un peu plus d'alimens et que les malades mangeaient la demie ou les

trois quarts, le pouls et la respiration reprenaient leur fréquence normale, et la sécrétion urinaire n'était pas augmentée d'une manière aussi notable. Pourtant, chez quelques-uns d'entre eux, les effets de l'antimoine ont persisté malgré l'alimentation; chez d'autres, il ne restait que de l'irrégularité dans le pouls, irrégularité qui continuait encore pendant quelques jours après qu'on avait cessé tout traitement. On peut établir en thèse générale, que l'action générale de l'antimoine sur l'économie animale est d'autant plus puissante que la diète est plus sévère, et au contraire l'action irritante locale est d'autant plus vive que la quantité des alimens est plus considérable. En effet, nos expériences nous ont prouvé que la même dose d'antimoine qui, la veille, n'avait causé ni vomissement ni coliques, lorsque le malade était à la diète absolue, déterminait le lendemain de légers troubles des fonctions digestives, troubles qui augmentaient en proportion de l'augmentation des alimens : d'où suit naturellement ce précepte thérapeutique, que la dose des préparations antimoniales doit être diminuée, à mesure que l'on se relâche de la sévérité de la diète imposée au malade.

Certains alimens, certaines substances médicamenteuses modifient l'action des antimoniaux, et il est d'autant plus important de le savoir, que, bien souvent, on ne sait à quoi attribuer des accidens qu'on peut aisément éviter lorsque l'on a été averti. Le vin, les fruits acides, tels que les oranges, les limons, les citrons, les groseilles, les cerises, etc., etc., même les confitures de groseille, le raisiné, etc.; les boissons faites avec les sucs des fruits acerbes ou acides, augmentent singulièrement la propriété vomitive et purgative des antimoniaux; et, le fait une fois constaté, nous avons pu l'expliquer aisément par la présence de l'acide tartarique ou citrique dans les alimens ou les tisanes, acides qui forment, avec l'antimoine, des sels solubles et violemment émétiques.

E. *Age et sexe.* Pour ce qui regarde l'âge et le sexe, on peut établir que les vomissemens et la diarrhée sont beaucoup plus faciles chez les enfans et chez les femmes, que chez les adultes du sexe masculin; la tolérance dure peu de temps aussi chez les enfans, et il faut y faire une sévère attention; car l'antimoine si puissamment utile pour combattre, dans le premier âge, les pneumonies et certaines affections cérébrales, peut devenir une arme très-dangereuse si son emploi est continué au-delà des bornes convenables.

Quelque prudence que l'on ait mise dans l'administration des antimoniaux, il peut arriver que, chez certains malades, de graves désordres des fonctions digestives nécessitent de prompts secours. Il arrive souvent que de la diarrhée persiste pendant trop long-temps et entrave la marche de la convalescence. Quand il survient de violens vomissemens et des superpurgations le premier jour de l'administration des antimoniaux, ce que nous n'avons jamais vu arriver que par l'emploi des préparations solubles ou de l'antimoine métallique, on ne doit pas concevoir d'inquiétude, car, en persistant dans la médication, la tolérance s'établit le plus souvent le second ou le troisième jour du traitement. Les vomissemens et la diarrhée ne sont réellement à redouter que lorsqu'ils reparaissent après la période de tolérance. La première chose à faire alors, c'est de cesser immédiatement l'antimoine, car, nous ne saurions trop le répéter, la tolérance perdue ne se rétablit que très-difficilement. La diète, les boissons féculentes, les lavemens d'amidon devront être conseillés tout de suite; en même temps, on fera prendre au malade un gros d'électuaire diascordium dans les vingt-quatre heures, ou mieux, une mixture dans laquelle on fera entrer un scrupule de diascordium, douze grains de gomme kino et un ou deux grains de sulfate ou d'hydrochlorate de morphine. Que si les vomissemens ne permettaient pas de supporter cette potion, on administrerait en lavement ces mêmes remèdes, et s'ils ne calmaient pas la violence des coliques et des vomissemens, on pratiquerait sur l'épigastre et sur le trajet des deux colons, droit et gauche, un vésicatoire extemporané qui permettrait de recouvrir le derme dénudé, d'un grain ou deux de sulfate ou d'hydrochlorate de morphine.

Il est rare que de pareils moyens ne calment pas, en vingt-quatre heures ou deux jours au plus, la violence des accidens; dès que ce but est atteint, on a recours au sous-nitrate de bismuth que l'on donne chez les adultes à la dose de six grains, trois, quatre ou cinq fois par jour, et que l'on continue pendant quelque temps, même après que la diarrhée et les vomissemens ont complètement cessé; c'est aussi à cette dernière médication que nous avons presque toujours recours lorsqu'après l'administration long-temps continuée de l'antimoine, il reste quelques troubles fonctionnels du canal alimentaire.

Quant à l'inflammation aphteuse qui survient quelquefois sur la membrane muqueuse du pharynx et de la bouche, on la modère aisément par des gargarismes ainsi composés :

Eau commune douze onces, alun deux gros, sirop de mûres deux onces; ou bien :

Eau distillée douze onces, nitrate d'argent douze grains, sirop de fleurs d'oranger deux onces; ou bien encore par le collutoire suivant : acide hydrochlorique deux gros, miel rosat deux onces.

*Action thérapeutique de l'antimoine dans diverses maladies* Dans le traitement des maladies, l'antimoine est administré à l'intérieur comme émétique, comme éméto-catarthique, comme purgatif minoratif, enfin comme contro-stimulant ou antiphlogistique. A l'extérieur, on s'en sert pour provoquer des phlegmasies cutanées, dans le but de modifier une maladie interne. Pour le moment, nous nous attacherons à l'étude de l'action spéciale de l'antimoine comme antiphlogistique.

Depuis que les antimoniaux étaient devenus du domaine de la thérapeutique, on avait souvent, par leur moyen, obtenu la guérison de maladies fort graves; mais l'action vomitive, purgative ou diaphorétique du médicament, avait seule frappé les médecins, et ils n'avaient pas formulé les résultats qu'ils n'avaient pas compris. Cependant le kermès était prescrit assez souvent à haute dose, comme béchique et comme altérant; et l'antimoine diaphorétique lavé (antimoniate de potasse) était donné à la dose d'une demi-once par jour, dans quatre onces d'infusion de bourrache, dans le cas spécial de pleurésie et de péripneumonie, comme on peut s'en assurer en lisant le formulaire des hôpitaux de

Paris, pour l'année 1764. Mais cette médication était tombée en oubli, lorsque Rasori, professeur de clinique à Milan, publia sur l'action thérapeutique de l'émétique à haute dose des travaux qui eurent un grand retentissement dans le monde savant. Il reconnut que, dans certaines maladies, l'émétique à haute dose amenait une prompte cessation des accidens inflammatoires. Peschier de Genève, Laennec et plusieurs autres praticiens, constatèrent ces importans résultats, et maintenant il n'est personne qui révoque en doute la puissance du tartre stibié à haute dose, dans le traitement de certaines pneumonies. Les opinions sont beaucoup moins unanimes sur l'efficacité de ce même agent thérapeutique contre le rhumatisme articulaire, la phlébite, la péritonite, la pleurésie, la méningite, l'angine, etc. Nous discuterons avec impartialité les opinions des auteurs, en les comparant aux faits nombreux que nous avons observés, et nous indiquerons avec la même bonne foi, et les cas où nous avons vu les antimoniaux suivis d'un plein succès, et ceux dans lesquels ils n'ont donné aucun résultat avantageux.

*De l'emploi de l'antimoine dans la pneumonie aigüe.* Nous avons traité par l'antimoine cinquante-huit péripneumonies aigües. Deux malades seulement ont succombé, savoir : une femme de soixante et onze ans, entrée au onzième jour de la maladie, et traitée pendant quarante-huit heures; et un homme de quarante ans, entré au cinquième jour de la maladie, et traité pendant cinq jours. Trois autres péripneumoniques sont morts dans les salles, mais ils ont été apportés agonisans, et l'antimoine n'a pu leur être donné. Nous n'avons pas fait entrer dans ce relevé, des malades arrivés au dernier degré d'une affection chronique, et qui, dans les derniers jours de leur vie, éprouvaient des accidens inflammatoires du côté du poumon. La plupart de ces malades n'ont pas été traités par les antimoniaux; les autres n'ont pu être guéris par le secours de l'antimoine.

Le tartre stibié, l'antimoine métallique, le protoxyde, le deutoxyde et le tritoxyde d'antimoine, l'hypoantimonite, l'antimonite et l'antimoniate de potasse, le kermès ont été administrés aux malades, et les effets thérapeutiques généraux ont été invariablement les mêmes; les effets locaux du médicament ont seuls varié.

*Expectoration.* Sur les cinquante-six malades qui ont guéri, l'expectoration péripneumonique avait disparu quarante-huit heures après le commencement de l'administration de l'antimoine, chez cinquante-quatre d'entre eux. Les crachats rouillés ou sanguinolents, au moment de l'entrée des malades, présentaient, le lendemain, une teinte jaune moins foncée et moins de viscosité; le troisième jour, ils ressemblaient à ceux qui caractérisent le catarrhe aigu. Chez un quart des malades, vingt-quatre heures ont suffi pour la complète disparition des crachats péripneumoniques. Deux femmes, l'une de soixante-cinq ans, l'autre de trente-sept, toutes deux affaiblies par la misère et par le mauvais régime, conservèrent quelques crachats rouillés, l'une pendant cinq, l'autre pendant huit jours, bien que d'ailleurs ces crachats fussent beaucoup moins abondans qu'avant l'administration de l'antimoine.

Quelquefois, et ce sont les cas les plus rares, l'expectoration conserve pendant plusieurs jours la viscosité péripneumonique, alors même que toute trace de sang a disparu; mais le plus ordinairement, à mesure que la teinte rouillée s'affaiblit, la ténacité des crachats diminue. On peut même regarder la persistance de la viscosité comme un signe pronostique fâcheux, en ce sens que la résolution marche en général d'autant plus vite, que l'expectoration prend plus promptement l'aspect catarrhal.

*Pulsations artérielles.* La fréquence et la force du pouls diminuent rapidement; ce phénomène a été constant. Quelquefois pourtant il ne se manifeste que le second jour du traitement : le cinquième jour il est plus marqué que jamais; il est rare que les pulsations artérielles ne soient pas alors descendues au-dessous du type normal, quant à leur force et à leur fréquence. Cet état persiste tant que dure la médication, pourvu toutefois que l'on n'augmente pas en même temps la nourriture du malade.

*Chaleur fébrile.* Sur cinquante-six malades, cinq seulement ont conservé de la chaleur fébrile, après quarante-huit heures de l'administration de l'antimoine. Trois d'entre eux n'avaient plus de fièvre le cinquième jour; les deux autres avaient cessé d'en avoir le sixième jour.

Nous ferons observer que la diminution et la cessation de la chaleur fébrile ont toujours été en relation directe avec la diminution dans la fréquence et dans la force du pouls, et que les malades chez lesquels la chaleur fébrile a persisté, étaient ceux précisément dont les pulsations artérielles ne subissaient pas d'aussi rapides modifications que chez presque tous les autres. Toutefois il est important d'indiquer ici les conditions qui semblaient mettre obstacle à l'action ordinaire de l'antimoine sur la circulation et sur la chaleur fébrile. Nous n'avons vu la fièvre persister plus de deux jours, que chez les malades dont la pneumonie était déjà passée à l'hépatisation blonde, c'est-à-dire à la suppuration; ou chez ceux dont la maladie de poitrine était compliquée de quelque autre phlegmasie. Jamais nous n'avons vu la fièvre ne pas céder en moins de quarante-huit heures, lorsque la pneumonie n'était encore qu'au premier ou au deuxième degré.

*Mouvemens respiratoires.* Les physiologistes ont écrit que les mouvemens de la respiration étaient toujours en harmonie avec ceux du cœur : nous l'avons cru long-temps; mais l'habitude où nous sommes de compter en même temps, tous les jours, le nombre des pulsations et celui des inspirations des malades que nous traitons par les antimoniaux, nous ont promptement fait voir combien était peu constante la corrélation que l'on avait cherché à établir. Car, si d'un côté, nous pouvions voir, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le cœur ne battre plus que quarante-quatre fois par minute, en même temps que les parois thoraciques ne se soulevaient que six fois; d'un autre côté, nous voyions une femme de trente-huit ans, atteinte de pneumonie, ne plus avoir que cinquante-six pulsations après quatre jours de traitement, au lieu de cent vingt qu'elle avait plusieurs jours auparavant; mais en même temps, elle respirait aussi cinquante six fois par minute. On peut établir en thèse générale que, si, dans le cours d'une fluxion de poitrine, on peut, à l'aide des antimoniaux, diminuer de moitié le nombre des

pulsations artérielles, il ne faut évaluer qu'à un quart la diminution dans celui des mouvemens de la respiration.

*État du poumon.* Ce défaut singulier d'harmonie dont nous venons de parler, s'explique très-bien par l'état du poumon. En effet, alors qu'après deux jours de traitement, la chaleur fébrile, la dyspnée, la soif, et, en un mot, tous les signes extérieurs et sympathiques de l'inflammation se sont si complètement dissipés que les malades entrent réellement en convalescence, on est étonné de la lenteur avec laquelle se résout l'inflammation locale du poumon. L'auscultation et la percussion nous apprennent en effet que si la résolution marche beaucoup plus vite qu'après des émissions sanguines ou toute autre médication connue, cependant la bronchophonie persiste quelquefois huit jours entiers après la complète cessation de la fièvre, et le râle crépitant de retour s'entend encore bien souvent lorsque les malades ont déjà recouvré leur appétit, leurs forces, et, en un mot, la plénitude de leur santé. Cette persistance ne tient pas à la médication, car Laennec avait fort bien observé, et nous avons pu voir par nous-même, que chez des péripneumoniques qui avaient été traités par la saignée, la résolution n'était complète que long-temps après le retour à la santé. Loin de là, nous ne craignons pas d'affirmer ici que nous n'avons jamais vu la résolution marcher aussi rapidement que sous l'influence de l'antimoine.

Tels sont les phénomènes généraux qui suivent l'administration des antimoniaux; ces effets, avons-nous dit, sont invariables, quelle que soit la préparation d'antimoine; mais il n'en est pas de même des effets locaux. Les vomissemens et la diarrhée étaient souvent produits au début par le tartre stibié, plus rarement par l'antimoine métallique, presque jamais par les autres préparations insolubles. Quand la tolérance s'établissait d'emblée les effets indirects du médicament étaient rapidement obtenus; si elle se faisait attendre, l'amélioration ne se montrait que plus tard.

La soif diminuait chez tous les malades en même temps que la fièvre et la chaleur fébrile; l'appétit se prononçait ordinairement dès le second jour de l'administration du remède; et ceci n'était pas spécial aux péripneumoniques, car nous observions le même phénomène chez des malades qui n'avaient pas de fièvre et auxquels nous avions cru devoir administrer l'antimoine.

Il importe de dire hautement ici que sur les cinquante-huit malades traités par les antimoniaux, pas un seul n'a été saigné à l'hôpital; cinq l'avaient été avant leur admission dans le service médical, et chez eux la maladie a cédé avec plus de difficulté que chez les autres.

De tous nos malades, ceux qui ont guéri avec le plus de rapidité, et qui ont obtenu par les antimoniaux l'amélioration la plus soudaine et la plus complète, étaient précisément ceux chez lesquels la pneumonie était la plus récente, la fièvre la plus véhémente, le pouls le plus large et le plus vibrant, la peau la plus chaude et la plus halitueuse, l'oppression la plus grande, le point de côté le plus douloureux, l'expectoration la plus ensanglantée; ceux au contraire dont la réaction fébrile était languissante, guérissaient bien moins vite. De sorte que l'indication de l'emploi de l'antimoine n'est jamais si pressante que lorsque l'on peut constater l'existence des accidens qui jadis caractérisaient la fièvre inflammatoire la plus forte.

Aussi nous gardons-nous de saigner dans ce cas, et nous ne saurions proclamer trop haut, que la saignée, loin d'aider l'action de l'antimoine, comme le pensaient Laennec et Rasori, et comme le croient encore beaucoup de praticiens, nuit au contraire singulièrement à l'influence antiphlogistique du médicament. Chez les malades qui ont perdu une ou deux livres de sang, on ne peut obtenir le ralentissement du pouls, la diminution de la chaleur fébrile et de la fréquence des mouvemens respiratoires, ni avec la même rapidité, ni surtout aussi complètement que par la médication antimoniale exclusive.

Une chose capitale dans le traitement de la pneumonie par les antimoniaux, c'est qu'il n'y a pas de convalescence. On craint d'être taxé d'exagération en disant que trois jours suffisent quelquefois pour ramener un malade des portes du tombeau à un état de santé apparente tellement satisfaisant, que sans la persistance des signes stéthoscopiques, il serait impossible de croire qu'il a existé une pneumonie des plus graves. Nous avons vu plus d'un tiers de nos malades se lever sans aide, s'habiller, et marcher dans la salle, avant le huitième jour du traitement. L'état des forces, la coloration du visage, le sentiment de bien-être, indiquent en effet le retour à la santé; l'appétit se prononce, les digestions sont faciles. Mais il ne faut pas s'en laisser imposer par cette grande amélioration et cesser brusquement l'administration de l'antimoine, car bientôt on voit reparaître un peu de fièvre, et quelquefois même il survient des symptômes de récrudescence.

Ce dernier phénomène, savoir la récrudescence de la pneumonie, est presque inconnu dans le traitement par l'antimoine; il faut, pour qu'il ait lieu, que les malades commettent de graves imprudences. Sur cinquante-huit cas, nous n'avons observé que trois fois la récrudescence. La première fois chez un homme qui entra à l'Hôtel-Dieu au cinquième jour d'une double pleuropneumonie : soumis au traitement par l'antimoine, il allait réellement mieux, quoqu'il conservât un peu de délire. Une nuit, il se leva et resta nu pendant 3 heures. Le lendemain matin nous le trouvâmes expirant; il mourut dans la journée : c'est un des deux malades dont nous avons à regretter la perte, et nos lecteurs apprécieront jusqu'à quel point il faut imputer ce triste résultat à l'impuissance de la médication. Les deux autres malades mangèrent outre mesure le 4e jour du traitement, et, le lendemain, on aperçut dans leur crachoir un peu d'expectoration péripneumonique, et en même temps la fièvre était augmentée. Vingt-quatre heures suffirent pour faire disparaître ces nouveaux accidens.

Mais la récrudescence reparaît assez souvent si l'on cesse brusquement l'administration de l'antimoine. Nous nous écartons rarement de la ligne thérapeutique suivante : le premier jour nous commençons par une forte dose, un gros d'oxyde d'antimoine chez les femmes et chez les adolescens, un gros et demi chez les adultes et chez les vieillards; le lendemain nous augmentons

la dose de moitié en sus : nous restons à la même dose jusqu'à ce que les symptômes fébriles soient complètement dissipés et même encore pendant deux jours de plus ; puis nous diminuons tous les deux jours d'un quart, à mesure que l'on donne une plus grande quantité d'alimens. Tant que les malades ne mangent pas plus que la demi-portion, ils peuvent prendre une dose assez considérable d'antimoine, un gros d'oxyde, par exemple ; mais lorsqu'ils sont aux trois quarts ou à la portion entière, il convient de diminuer et même de cesser tout-à-fait. On recommande aux convalescens de ne prendre leur antimoine qu'au moins une heure avant et après chaque repas.

Lorsque l'on donne le tartre stibié, on le dissout dans une potion gommeuse sucrée et aromatisée, dont on fait prendre une cuillerée toutes les heures s'il n'y a pas de vomissement ou de diarrhée, et de deux en deux heures dans le cas contraire.

Les antimoniaux insolubles sont suspendus dans un ou plusieurs demi-loochs blancs ; il convient d'agiter la bouteille avant d'en faire prendre au malade. Ici on peut donner à la fois une dose considérable sans qu'il en résulte d'accidens. Nous avons vu bien souvent nos malades prendre, en une fois, un demi gros d'antimoniate de potasse, et ne pas éprouver la moindre nausée. On peut encore faire faire des pilules, et donner l'antimoine de cette manière : pour les enfans qui répugnent à avaler un looch ou des pilules, on mêle une partie d'antimoine avec trois parties de sucre, et l'on dépose cette poudre sur leur langue.

Nous terminerons ce qui a rapport à l'antimoine employé dans le traitement de la pneumonie, en disant que tous nos malades, depuis le mois d'août 1831 jusqu'en mars 1833, ont été traités par l'antimoine sans acception d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution épidémique, et que le succès a toujours été satisfaisant. Néanmoins nous ferons observer, et M. Récamier a déjà fait connaître ce fait important, que durant l'épidémie de choléra qui a ravagé Paris, ce médicament ne nous rendit pas tant de services, parce qu'il déterminait souvent des accidens gastriques, même à une dose peu élevée ; et il est bien remarquable que les deux seuls péripneumoniques que nous ayons eu à regretter, sont morts, l'un dans le courant d'avril, l'autre au commencement de mai 1832, c'est-à-dire à l'époque où le choléra sévissait avec le plus de fureur. Dans une question aussi grave que celle qui nous occupe, nous ne saurions nous entourer de trop de témoignages. Depuis que nos travaux sur l'antimoine ont été indiqués dans quelques journaux de médecine, plusieurs praticiens ont essayé l'oxyde d'antimoine dans le traitement de la pneumonie ; et M. le professeur Bouillaud a constaté plusieurs fois les avantages de cette médication. Les expériences cliniques tentées récemment par MM le professeur Andral, Sanson aîné, Martin Solon, etc., déposent aussi dans le même sens.

*Action de l'antimoine dans les autres maladies.* Ce n'est pas seulement dans le traitement de la pneumonie que l'efficacité de l'antimoine a été constatée ; on a dit encore qu'elle n'était pas moindre pour combattre le rhumatisme articulaire, la phlébite, le catarrhe suffocant, etc. Nous avons pu faire à cet égard de nombreuses expériences, et nous indiquerons les résultats auxquels M. Récamier et nous, nous avons été conduits.

*L'hémorrhagie parenchymateuse du poumon* est, après la péripneumonie, la maladie qui cède le mieux à l'action de l'antimoine. Une jeune femme de 30 ans avait depuis dix mois une hémorrhagie pulmonaire (hémoptysie parenchymateuse) pour laquelle elle avait été saignée 29 fois. Diverses médications furent vainement essayées. M. Récamier prescrivit l'antimoniate de potasse à haute dose, et la guérison fut rapide et durable.

Un homme de 40 ans fut amené à l'Hôtel-Dieu, au 7me jour d'une hémoptysie extrêmement grave qui avait augmenté après deux saignées et une application de sangsues ; sept heures après l'administration de l'antimoine, le crachement de sang avait disparu. Des résultats aussi rapides ont été observés chez un étudiant en médecine qui se trouvait dans des circonstances semblables à celles où était le malade dont nous venons de parler. Enfin nous avons eu à nous louer également de cette médication chez une femme de 65 ans, qui éprouvait souvent de graves apoplexies pulmonaires symptomatiques d'une lésion organique du cœur. Néanmoins nous avons tout récemment échoué complètement dans le traitement d'un jeune homme atteint d'une hémorrhagie parenchymateuse du poumon, fort grave.

Dans l'hémorrhagie bronchique l'antimoine ne nous a pas réussi.

*Catarrhe suffocant.* Les antimoniaux nous ont rendu d'immenses services dans le traitement du catarrhe suffocant des vieillards et dans le catarrhe profond des adultes.

Cette maladie, infiniment plus grave que la pneumonie ; demande à être attaquée par des doses beaucoup plus fortes.

Dans le catarrhe aigu simple nous n'avons rien obtenu de l'antimoine, à moins qu'il y eût beaucoup de fièvre.

*Pleurésie.* Nous avons plus de dix fois donné les préparations d'antimoine dans les pleurésies aiguës, et pas une fois nous n'avons pu calmer l'orgasme inflammatoire, ainsi que le prétendait Laennec.

*Maladies du cœur.* Nous avons vu se calmer la fréquence du pouls et la dyspnée chez les patiens atteints d'une maladie organique du cœur, sous l'influence de hautes doses de tartre stibié, de kermès et d'oxyde blanc d'antimoine ; mais au bout de peu de temps, quand la tolérance cessait, les accidens reparaissaient avec autant de violence qu'auparavant. Il est pourtant une remarque que nous ne pouvons passer sous silence. En parlant de la péripneumonie, nous avons dit que, sous l'influence de l'antimoine, la circulation subissait des modifications beaucoup plus marquées que la respiration : le contraire a lieu pour les maladies du cœur.

*Phlébite.* L'action de l'antimoine dans la phlébite n'est guère moins constante que dans la pneumonie. Une jeune fille fut saignée pour modérer une congestion utérine ; à quelques jours de là, les veines du bras s'enflamment : on applique des sangsues et des cataplasmes. Le lendemain matin, gonflement du bras, symptômes typhoïdes, suffusion ictérique de la face. Un gros et demi d'oxyde blanc d'antimoine est prescrit.

Le lendemain matin, la fièvre avait cédé, le bras était assoupli, les symptômes typhoïdes avaient disparu, et quarante-huit heures après le début du traitement, notre malade entrait en convalescence. M. Sanson aîné s'applaudit beaucoup d'avoir employé le tartre stibié à hautes doses et l'oxyde d'antimoine, dans des phlébites qui suivent les graves opérations chirurgicales. Nous avons arrêté, en peu de jours, par l'oxyde blanc d'antimoine, une phlébite qui avait envahi les deux membres abdominaux chez une jeune femme, six jours après l'accouchement. Dans cette maladie, il convient de commencer par de très-fortes doses, car le moindre délai peut être funeste, et il faut à tout prix enrayer la marche rapide des accidens.

Deux fois nous avons vu réussir les antimoniaux dans une métro-péritonite puerpérale.

Nous croyons avoir fait avorter, par le même moyen, un double phlegmon des amygdales.

*Rhumatisme articulaire.* Il est peu de médecins qui, ayant convenablement essayé les antimoniaux dans la pneumonie, n'aient reconnu leur utilité dans ce cas; mais il n'en est pas de même pour le rhumatisme articulaire aigu. Quelques praticiens, Laennec, Vyau Lagarde, Ribes, Delourmel, etc., etc., regardent le tartre stibié à haute dose comme l'un des meilleurs moyens pour guérir le rhumatisme synovial. M. Chomel et surtout Dance cite des faits nombreux qui semblent indiquer que ce médicament n'a pas, dans ce cas, une action spéciale bien incontestable, et qu'il faut attribuer l'amélioration que l'on observe à l'action vomitive et purgative du remède, plutôt qu'à ses propriétés contro-stimulantes. Nous avons traité par les antimoniaux plus de trente malades atteints de rhumatisme synovial aigu, et les résultats ont tellement varié qu'il nous a été impossible d'indiquer, à l'égard de cette maladie, des résultats thérapeutiques à peu près constans, comme nous l'avons fait dans la pneumonie. Les préparations antimoniales ont eu un succès rapide chez quatre de nos malades; la moitié ont éprouvé un soulagement notable et une guérison complète en moins de vingt jours. L'autre moitié n'a pas éprouvé la moindre amélioration. Chez trois patiens, les accidens se sont considérablement aggravés. Chez les rhumatisans nous n'observions pas le ralentissement de la circulation et des mouvemens respiratoires dont nous avons parlé plus haut; la chaleur fébrile ne diminuait qu'à mesure de la disparition des phénomènes locaux; et même nous avons vu plusieurs fois une fièvre violente persister, bien que toutes les articulations parussent libres d'inflammation, et que rien ne pût faire présumer que quelque organe interne fût le siege d'une phlegmasie. La disparition du rhumatisme n'a jamais été si rapide que lorsque l'antimoine déterminait des vomissemens et surtout des superpurgations; une tolérance de quinze jours n'amenait aucune autre modifications que celle que l'on pouvait raisonnablement attribuer au laps de temps qui s'était écoulé. Plusieurs fois nous avons vu le rhumatisme persévérer avec une affreuse opiniâtreté pendant tout le temps que durait la tolérance, et céder presque complètement en vingt-quatre heures, le jour que le médicament n'était plus supporté et qu'il déterminait des accidens du côté des viscères gastriques. Nous ajouterons que le tartre stibié en lavage, un grain ou deux chaque jour dans un pot d'orge ou de limonade, ou bien encore l'huile de croton tiglium ou tout autre purgatif un peu énergique, produisaient en général d'aussi bons effets que les antimoniaux à haute dose.

Toutefois nous ferons observer que si, par une médication quelconque, l'application des sels de morphine sur le derme dénudé, la saignée, les purgatifs drastiques, les éméto-cathartiques, nous avions modéré le rhumatisme articulaire et dissipé la fièvre violente qui l'accompagne presque toujours, nous tirions alors un utile parti de l'administration long-temps continuée de doses médiocrement élevées d'oxyde blanc d'antimoine ou de kermès. Par-là nous évitions les récrudescences presque inévitables par toute autre médication.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire, que le mode d'action des antimoniaux dans le rhumatisme synovial, est tout autre que dans la péripneumonie. Ceci nous mène naturellement à discuter ce mode d'action.

Rasori, sans trop expliquer ce qu'il entend par stimulus et par contro-stimulus, pense que, dans le traitement des péripneumonies, il faut, pour vaincre rapidement le mal, porter sur les organes digestifs toute l'action contro stimulante qu'ils peuvent recevoir, et soustraire au système vasculaire une portion de la matière stimulante dont il est rempli. Il satisfait à la première indication par le tartre stibié, et à la seconde, par la saignée : la saignée et l'émétique agissent donc, selon lui, exactement de la même manière.

Or, si l'on mesure la contro-stimulation par les effets des contro-stimulans, on ne pourra admettre l'opinion de Rasori; car l'expérience démontre que, dans la pneumonie, le tartre stibié, ou les autres antimoniaux employés à l'exclusion de tout autre moyen, amènent plus vite la cessation des phénomènes fébriles, que lorsque l'on saigne le malade préalablement ou concurremment. Ce seul fait permettrait donc de conclure que l'antimoine n'agit pas comme la saignée.

Suivant Rasori, l'émétique à haute dose n'est supporté que dans certaines conditions de l'organisme, c'est-à-dire quand la maladie est sthénique, ou pour me servir de ses propres expressions, quand il existe une diathèse de stimulus. Tout en confessant que le tartre stibié et les antimoniaux, en général, ne sont jamais si bien supportés, ni si utiles dans la pneumonie, que lorsque les symptômes sthéniques dominent le plus fortement, nous ne soutiendrons pas moins que la tolérance s'établit à merveille chez les individus profondément débilités, et qui, certes, n'ont guère besoin de l'antimoine pour perdre encore des forces. D'un autre côté, nous voyons les individus les mieux portans, à cela près d'une tumeur du genou, par exemple, qui n'amène aucune réaction, supporter les antimoniaux avec la même facilité que ceux qui sont atteints de péripneumonie. Rasori a professé, et d'autres après lui ont accrédité une grave erreur : savoir qu'il fallait être malade et malade d'une certaine manière, pour supporter de hautes doses de préparations antimoniales. On peut dire, au contraire, qu'à moins d'une phlegmasie gastro-intestinale, presque tous les hommes peuvent supporter des doses considérables

d'antimoine. Rasori et ceux qui partagent son opinion n'ont pas vu que si des gens bien portans ne supportent pas les antimoniaux, c'est que des gens bien portans ne se mettent pas à la diète : or nous avons vu que la diète était une des principales conditions de tolérance.

Revenons à la question de la diathèse. Rasori blâme avec une sorte de dédain ceux qui s'attachent aux phénomènes locaux des maladies et qui ne semblent pas tenir compte de la diathèse de stimulus ou de contro-stimulus. Or, pour être conséquent avec lui-même, il faut qu'il admette que peu de maladies se montrent plus fréquemment que le rhumatisme articulaire et la pleurésie avec les symptômes qui annoncent au plus haut degré la diathèse de stimulus : et cependant les antimoniaux échouent presque toujours dans ces deux maladies, et d'autant plus sûrement, que les symptômes inflammatoires sont plus violens ; d'un autre côté, dans une pneumonie latente, l'antimoine réussit presque aussi bien que dans la fluxion de poitrine qui s'accompagne des signes les plus évidens de la diathèse de stimulus.

Dance et M. Chomel n'expliquent pas comme Rasori le mode d'action de l'antimoine. Suivant eux, cet agent thérapeutique n'a aucune propriété spéciale : quand il purge et qu'il fait vomir, il n'agit pas autrement que les purgatifs et les vomitifs; il n'a au contraire aucune action lorsqu'il est parfaitement toléré.

L'opinion de M. Broussais se rapproche beaucoup de celle de ces messieurs : cet illustre nosologiste regarde en effet les antimoniaux comme des révulsifs plus puissans encore que les vésicatoires et les sinapismes que l'on applique sur la peau, attendu qu'ils agissent sur une plus grande surface, et que, de plus, ils provoquent souvent une abondante sécrétion de la surface gastro-intestinale.

L'explication de Dance et de M. Chomel s'appuie sur des faits ; ils ont vu, et nos propres observations sont en cela parfaitement d'accord avec les leurs, que, dans le rhumatisme articulaire, par exemple, l'amélioration ne survenait, le plus souvent, que lorsque les antimoniaux causaient des vomissemens et de la diarrhée, et que l'on obtenait les mêmes résultats par l'ipécacuanha et les purgatifs drastiques. Partant de là, ils ont conclu qu'il en devait être de même pour la pneumonie : paralogisme évident, car ici ils n'ont plus les faits pour appuyer leur opinion. Si, dans le rhumatisme, l'amendement dans les symptômes est la conséquence la plus ordinaire de l'action émético-cathartique du médicament, au contraire, dans la pneumonie, l'amélioration ne devient évidente qu'alors que l'antimoine est supporté ; et elle n'a plus lieu dès que des vomissemens ou de la diarrhée surviennent ou persévèrent. L'erreur de ces deux praticiens vient donc de ce qu'ils ont appliqué à une maladie ce qui n'était vrai que pour une autre.

Dance, dans un travail, d'ailleurs si remarquable, où il soumet à une critique sévère et consciencieuse, tous les travaux qui ont été publiés jusqu'ici sur l'action du tartre stibié dans la pneumonie, arrive à cette conclusion, que si cet agent thérapeutique n'a pas nui, au moins son utilité ne peut-elle être mise en lumière par les faits qu'il analyse, et que, dans ces circonstances, la saignée faite concurremment, avait probablement conduit à bien les pneumonies qui avaient été traitées par le tartre stibié. Nous avouerons que la lecture des travaux de Rasori, et même de ceux de Laennec, nous a laissés la même impression qu'à Dance; mais lorsque nous avons pu traiter comparativement par la saignée et les antimoniaux, et par les antimoniaux exclusivement, un grand nombre de péripneumoniques, nous n'avons pas tardé à nous convaincre, d'une part, de la presque inutilité de l'antimoine lorsqu'il est donné conjointement avec la saignée, d'autre part, de ses prodigieux effets lorsqu'on l'administre seul; et nous avons compris la cause de l'erreur de deux praticiens aussi judicieux que Dance et M. Chomel.

Il nous semble que l'opinion de M. Broussais relative au mode d'action de l'antimoine dans la pneumonie particulièrement, ne peut pas soutenir la discussion, et qu'elle est renversée de fond en comble par l'argument que nous faisions valoir tout-à-l'heure, savoir que dans la pneumonie les accidens inflammatoires ne sont jamais si sûrement et si rapidement enlevés que lorsque les antimoniaux ne causent aucun accident du côté des viscères gastriques.

En général, nous attachons bien peu d'importance aux explications que l'on peut donner du mode d'action des médicamens. Nous ne voyons en thérapeutique que deux choses, le médicament appliqué à l'organisme, et le résultat éloigné de cette application. Quant aux phénomènes intermédiaires, ils nous échappent et nous échapperont probablement toujours. Si donc, à notre tour, nous hasardons une explication, nous déclarons à l'avance que nous la sacrifierons sans peine à toute autre qui nous semblera plus conforme à l'observation des faits; cette explication, d'ailleurs, que nous avons déjà donnée depuis long-temps, dans nos cours de thérapeutique et dans les hôpitaux où nos expériences ont été faites, ne diffère que bien peu de celle que vient de publier récemment M. le docteur Teallier, dans un ouvrage sur le tartre stibié, ouvrage qui a été couronné, en 1832, par la société de médecine de Toulouse.

Beaucoup de substances médicamenteuses ont une action spéciale sur certains appareils. La belladone et le datura calment les mouvemens de la respiration, et tous les praticiens savent ce que l'on peut obtenir de merveilleux résultats, en faisant fumer des feuilles de ces plantes à des malades atteints de certaines affections des organes respiratoires. La digitale ralentit les mouvemens de la circulation; l'opium les accélère. La plupart des substances végétales toxiques ont une action spéciale, action tellement spéciale, que l'on peut aisément reconnaître, d'après les symptômes, quel est le poison qui a été appliqué à l'organisme vivant : il en est de même des poisons animaux et des poisons minéraux. Entre le venin de l'abeille et celui du scorpion, entre l'action toxique de l'arsenic et celle du mercure, il y a un immense intervalle. Pourquoi donc ne pas admettre que l'antimoine agit comme toxique, et que son influence se fait sentir spécialement sur le cœur et sur les organes respiratoires, que cette action d'ailleurs s'exerce directement ou par l'intermédiaire du système nerveux. En quoi, nous le demandons, cette explication, si conforme aux résul-

tats cliniques, est-elle en dissonance avec les considérations dans lesquelles nous entrions tout-à-l'heure, relativement à l'influence des différens poisons? Si donc nos expériences prouvent que l'antimoine, indépendamment de toute action irritante locale, produit le ralentissement et l'affaiblissement du pouls, en même temps que le ralentissement des phénomènes de la respiration, avec quelle facilité ne comprendrons-nous pas comment il amène si facilement la guérison de la péripneumonie. En effet, supposons un péripneumonique dont le pouls batte cent vingt fois par minute, avec une force que nous représenterons par dix, et qui respire quarante fois par minute, avec des efforts que nous représenterons par quatre. Supposons maintenant que, par l'administration des antimoniaux, le pouls ne batte plus que soixante fois par minute et avec une force moitié moindre; il en résulte que, d'un part, le ventricule droit et les artères bronchiques se déchargent moitié moins souvent dans le poumon, et que, d'autre part, l'impulsion du cœur étant moitié moins forte, la masse de sang envoyée dans l'espace d'une minute, est diminuée d'autant. Le poumon enflammé reçoit donc, d'abord, beaucoup moins de sang par les artères bronchiques, en tant qu'organe parenchymateux; ensuite, en tant qu'instrument d'hématose, il a bien moins de sang à élaborer.

Si maintenant nous supposons que le malade ne respire plus que vingt-cinq fois par minute, et qu'il le fasse sans efforts, on comprendra aisément que le thérapeutiste, en administrant l'antimoine, a placé le poumon justement dans les conditions où le chirurgien place un membre fracturé; c'est-à-dire, qu'après avoir, par un traitement convenable, modifié l'inflammation il laisse le membre dans le repos.. Or, dans le cas qui nous occupe, le poumon est relativement dans le repos.

On comprend donc, jusqu'à un certain point, comment les maladies aiguës du parenchyme pulmonaire et celles des vaisseaux, sont si heureusement combattues par les antimoniaux, comment les phlegmasies des parenchymes, en général, céderont plus aisément à cette médication que celles des membranes séreuses ou synoviales.

On voit aussi pourquoi l'antimoine fait cesser la chaleur fébrile, qui, presque toujours est en rapport avec la force et la fréquence du pouls.

Maintenant il s'élève une objection très-grave. Si l'antimoine a sur la circulation et la respiration, l'influence que vous lui avez reconnue dans vos expériences, pourquoi, nous dira-t-on, perd-il cette influence quand on le donne dans le traitement du rhumatisme articulaire, dans celui de la pleurésie, etc., etc.? A cela nous répondons par une autre question. Si l'opium endort, si l'extrait de datura stramonium calme les douleurs, pourquoi l'opium n'endort-il pas toujours, pourquoi l'extrait de stramoine ne calme-t-il pas toujours les douleurs? C'est que probablement la modification nerveuse en vertu de laquelle le malade est tenu éveillé, et celle qui excite la sensation douloureuse, sont telles que l'influence de l'opium et du datura n'est pas assez puissante pour les vaincre. Ce que Peyrilhe rendait par cette expression énergique et si capitale en thérapeutique : Si, quand nous « donnons de l'opium comme quatre, le malade ne « s'endort pas, c'est qu'il est éveillé au moins comme cinq. »

Appliquons maintenant à l'antimoine ce que nous venons de dire, et croyons que si la fièvre si véhémente des rhumatisans n'est pas calmée par les antimoniaux, c'est que le rhumatisme exerce sur l'organe central de la circulation une stimulation tellement énergique, que l'action sédative et antiphlogistique de l'antimoine ne peut en triompher.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE.

### CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE INTERNE.

*Épreuves orales.* — MM. Gaultier de Claubry, Dalmas et Piorry.

Nous avions l'intention de faire pour tous les compétiteurs ce que nous avons déjà fait pour M. Trousseau, (voyez page 136), c'est-à-dire que nous nous proposions de donner une analyse détaillée de leur leçon orale, et d'en discuter tour-à-tour le mérite, afin que nos lecteurs pussent eux-mêmes les comparer entre elles et en apprécier la différence. Mais cette manière de procéder nous mènerait beaucoup trop loin, car l'étendue limitée du Journal ne pourrait y suffire, ou bien, forcés que nous serions de ne donner qu'une leçon par semaine, nous resterions trop en arrière de la marche actuelle du concours : or, il n'y aurait plus d'à-propos; ce serait tout simplement de l'inutilité. Nous serons donc forcés de parler de l'épreuve orale de plusieurs compétiteurs à la fois, et, par conséquent, de réduire de beaucoup l'étendue que nous devions accorder à l'examen de chacun d'eux; mais malgré cette nécessité, nous espérons bien ne rien passer d'essentiel, et donner une idée suffisante du talent que chaque candidat aura déployé dans cette épreuve importante : ce sera aujourd'hui le tour de MM. Gaultier de Claubry, Dalmas et Piorry.

### *M. Gaultier de Claubry.*

Sans préambule aucun, M. Gaultier de Claubry parle de son premier malade : c'est un garçon marchand de vin, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution ordinaire, plutôt faible que robuste. Il est incommodé depuis six semaines, malade depuis quinze jours. Son malaise avait débuté par une stomatite, qu'on avait cru devoir combattre par les toniques et les antiscorbutiques; mais cette affection, légère d'ailleurs, tenait à une altération de deux dents : l'extraction en fut faite, et dès lors les symptômes disparurent.

Il y a quinze jours environ, la diarrhée survint; il y eut cinq à six selles dans les vingt-quatre heures. L'appétit persistant d'ailleurs, et le malade continuant le même régime, il n'y a que deux jours que cette diarrhée a commencé à diminuer un peu; mais alors des vomissemens sont survenus, et la peau s'est couverte d'une légère teinte ictérique; en même temps, des

crampes se font sentir de loin en loin aux mollets ; pouls fort ; chaleur moyenne ; l'intelligence est dans toute son intégrité : cependant la langue est rouge à la pointe et sur ses bords : sa base est recouverte d'un enduit jaunâtre et épais ; la soif vive ; pas de douleur à l'épigastre, mais l'abdomen est sensible à la pression, dans toute l'étendue du trajet du colon, et particulièrement vers la région iliaque droite. L'appareil respiratoire n'offre aucune particularité digne de remarque.

*Diagnostic.* — C'est une inflammation du gros intestin, mais légère et offrant toutes les chances d'un prompt rétablissement.

*Traitement.*—Supprimer d'abord le mauvais régime à l'influence duquel le malade à été trop long-temps soumis ; repos absolu ; boissons émollientes et légèrement astringentes ; diète végétale, etc. Malgré le peu de gravité de cette affection, pour en avoir raison plus facilement, M. Gaultier de Claubry ordonnerait des sangsues ou des ventouses scarifiées ; cataplasmes sur le ventre ; lavemens adoucissans et laudanisés, etc.

*Deuxième malade.* — C'est encore un garçon marchand de vin, de constitution délicate et déjà usée par les privations de toute espèce, aussi bien que par des fatigues au-dessus de ses forces. Il habite Paris depuis sept ans, dans une rue basse et humide. Il n'est malade que depuis quelques jours ; mais déjà ses facultés intellectuelles sont grandement affaissées ; il ne répond qu'avec peu de précision et de suite aux questions qui lui sont adressées, de sorte que les renseignemens qu'on en obtient ne peuvent être que fort incomplets.

*État présent.* — Il est dans un état d'hébétude bien évident ; son œil est morne et languissant ; son sommeil est peu suivi (caractère sur lequel M. Gaultier de Claubry insiste particulièrement, comme étant essentiel à ce point de la maladie) ; il y a aussi du vertige, une faiblesse générale telle que le malade ne peut se tenir assis ; quelques coliques, diarrhée. La langue est sèche et rouge à sa pointe ; un enduit visqueux et légèrement brunâtre se fait remarquer vers sa base ; abdomen légèrement météorisé ; douleur à la région iliaque droite ; difficulté notable d'uriner ; peau sèche et brûlante ; pâleur générale ; la respiration, sans être précisément embarrassée, est pourtant loin d'être naturelle : on entend aussi en arrière de la poitrine un râle sibilant et à grosses bulles. Quelle que soit, du reste, l'attention qu'on mette à examiner la surface de la peau, on ne trouve nulle part ni pétéchies, ni ces vésicules miliaires et transparentes, connues sous le nom de *sudamina,* et qui accompagnent si fréquemment ce genre de maladie.

*Diagnostic.*—M. Gaultier de Claubry annonce que ce malade est affecté de ce qu'on a tour-à-tour appelé une fièvre ataxique, adynamique, fièvre pétéchiale, fièvre des hôpitaux, des prisons, des camps, fièvre de Hongrie, fièvre typhoïde, gastro-entérite grave ; mais il préfère la dénomination d'affection entéro-mésentérique. Cette maladie règne parfois d'une manière épidémique ; c'est celle qui, sous le nom de typhus, a parcouru presque toute l'Europe. Comme médecin militaire, M. Gaultier de Claubry a eu l'occasion d'en observer plusieurs épidémies : les jeunes soldats, encore peu habitués aux fatigues de toute espèce de la vie des camps, sont toujours pris les premiers, et toujours de la manière la plus grave. C'est le plus ordinairement à la suite de marches forcées, d'exercices violens et long-temps prolongés, à la suite de l'épuisement nerveux qu'occasionne toujours la grande émotion des premiers combats, qu'on observe ce redoutable fléau, qui parfois fait tant et de si cruels ravages. A cette cause principale, il faut joindre encore l'intempérie des saisons, les nuits passées au bivouac, et souvent dans des endroits bas et humides, les privations de toute espèce, etc.

M. Gaultier de Claubry ne se prononce pas sur l'étiologie de cette affection : il n'ose aborder de front cette grande difficulté, et entre ceux qui soutiennent que le point de départ du mal est tout local, et ceux qui en font au contraire une maladie générale dès le début, il prend, lui, un *mezzo termine*, admettant qu'il y a à la fois et à toutes les périodes de la maladie, concomitance et simultanéité d'affection locale et d'affection générale. Il insiste pourtant avec une certaine persistance sur les phénomènes cérébraux, sur la prostration rapide qui suit, et il conclut qu'on est bien forcé d'admettre là une atteinte profonde dans tout le système nerveux.

Quant au pronostic, M. Gaultier de Claubry le trouve très-grave ; il avoue pourtant qu'il n'est pas possible d'indiquer, *à priori* et d'une manière certaine, quelle sera la terminaison de la maladie dont il s'agit.

*Traitement.* — Le candidat rejette, en thèse générale, les vomitifs donnés dès le début du mal : il les proscrit aussi pour le cas dont il parle, malgré, dit-il, les symptômes d'embarras gastrique que présente son malade : il s'appuie, à ce sujet, sur un grand nombre d'observations qui lui sont personnelles : dans tous les pays, au Nord comme au Midi, sous toutes les températures, dans toutes les saisons, il en a retiré de mauvais effets. Le plus souvent, ils augmentaient le délire, la prostration, et tous les phénomènes nerveux.

Le traitement par les toniques ne lui paraît pas mériter plus de confiance : il a aussi ses dangers et ses erreurs ; il demande, dans son administration, un à-propos qu'il est bien difficile de saisir, et une discrétion sans laquelle les plus funestes conséquences peuvent en résulter. En somme, c'est aux antiphlogistiques qu'il accorde la préférence, mais en s'en servant toutefois avec mesure et prudence. A son avis, les saignées ne conviennent que dans peu de cas, et l'abus cruel qu'il a vu en faire par les médecins espagnols, l'a rendu timide dans l'emploi de ce moyen. M. Gaultier de Claubry préfère les sangsues en plus ou moins grand nombre, et plus ou moins fréquemment répétées, suivant les cas. Il préfère aussi les boissons rafraîchissantes et acidulées aux toniques, malgré l'apparence de faiblesse, qui généralement est moins grande qu'elle ne le paraît ; d'ailleurs, le goût du malade est un bon guide à ce sujet, car il ne boit qu'avec répugnance tout ce qui n'est pas frais, aigrelet, etc. Si les symptômes cérébraux sont un peu intenses, compresses froides sur la tête ; révulsifs modérés sur la peau ; les vésicatoires sont trop actifs et sont, le plus souvent, suivis d'une excitation énergique : cataplasmes simples sur le ventre, et légèrement sinapisés sur les membres ; lavemens émolliens ; vers la fin, boisson peu tonique : il

peut même se faire qu'elle soit tout-à-fait inutile ; c'est au médecin à en juger.

Il n'a pas dépendu de nous de donner, d'une manière plus étendue et plus complète, la leçon de M. Gaultier de Claubry : c'est à lui qu'en est la faute, ou plutôt à son organe, car, malgré toute notre bonne volonté, il ne nous a pas été possible de le suivre dans tous les développemens dans lesquels il est entré : sa voix, en effet, était si basse, que nous l'entendions à peine, et ce n'est que de loin en loin, et à force d'attention, que nous avons pu saisir ce qu'on vient de lire. Nous nous abstiendrons donc de toute réflexion sur sa leçon ; c'est convenance ; c'est justice ; et, plus que personne, nous en sommes sûrs, M. Gaultier de Claubry en appréciera les motifs. Toutefois, le talent incontesté dont il a fait preuve dans maintes circonstances, sa réputation d'observateur probe et habile, et, enfin, son renom de bon clinicien, tout nous fait vivement regretter de ne pouvoir essayer, à son sujet, une analyse raisonnée ; mais encore une fois, nous n'avons pas tout entendu, et nous craindrions trop, sous ce rapport, de manquer de justesse et de vérité. Or, nous devons à M. de Claubry, plus qu'à qui que ce soit, l'impartialité la plus scrupuleuse : notre silence est la meilleure preuve que notre intention bien sincère a toujours été de ne jamais nous en écarter.

### *M. Dalmas.*

Un jeune homme de vingt-cinq ans, garçon maçon, entré ce jour même à l'hôpital, est le premier malade dont M. Dalmas a à nous entretenir. A en juger par sa charpente osseuse, il paraît avoir été d'une constitution forte ; mais un mauvais régime, joint à des fatigues extrêmes, ont peu à peu ruiné sa santé. Depuis six mois, en effet, la diarrhée le tourmente, tantôt plus, tantôt moins ; elle a alterné avec une toux sèche et opiniâtre, depuis huit jours tout cela a empiré, et de plus, la fièvre s'est allumée ; il faut y joindre aussi un abattement général, de la courbature et une céphalalgie intense.

*État actuel.* — Douleur vive au côté droit de la poitrine, presque immédiatement au-dessous du sein : cette douleur n'est pas, du reste, un point de côté proprement dit, car elle existe dans une surface assez étendue, plus vive dans les espaces intercostaux qu'ailleurs ; l'inspiration et la toux en augmentent l'intensité. Les crachats ne viennent qu'avec peine ; ils sont blanchâtres, visqueux, striés de rouge par du sang et adhèrent au fond du vase : la difficulté de respirer est assez notable ; anxiété prononcée ; peau sèche et brûlante ; pouls fort, plein et développé ; voix altérée. La région du foie est un peu sensible, soit par la pression, soit pendant les efforts de la toux. La percussion n'offre rien de bien particulier ; cependant la résonnance est un peu diminuée vers la base de la poitrine. Les dimensions de celle-ci sont dans l'état normal et rien n'annonce d'épanchement d'une certaine importance. Les facultés intellectuelles paraissent conserver toute leur intégrité, mais il existe un affaissement général bien évident. La langue est lisse et sèche ; l'abdomen offre de la sensibilité dans presque toute son étendue ; la diarrhée persiste, elle semble même disposée à augmenter... Comme il n'y a pas de râle, M. Dalmas ne croit pas à une pneumonie ; on serait tout au plus autorisé à soupçonner un peu d'engorgement vers la base de l'organe pulmonaire : suivant lui, il y a pleurésie, mais pleurésie au début, pleurésie qui n'a pas encore eu le temps d'amener d'épanchement ; pleurésie également sans fausses membranes, car l'auscultation ne donne aucun symptôme qui pourrait le faire supposer : celui indiqué par M. Raynaud manque tout-à fait. Il y a de plus, d'après M. Dalmas, des phénomènes gastro-intestinaux qui ont bien aussi leur importance : il n'y aurait rien d'extraordinaire de les voir augmenter et donner à la maladie un caractère typhoïde : tout le danger est là. M. Dalmas est pourtant loin de désespérer du malade, et, à l'aide des moyens suivans, il compterait encore sur une guérison radicale.

*Traitement* — Il trouve dans cette maladie une influence bien évidente de la constitution médicale actuelle ; or, il a remarqué que les antiphlogistiques réussissaient à merveille. Il commencerait donc par faire pratiquer une saignée au malade, et attendu l'intensité des symptômes, il la répéterait le lendemain : il donnerait en même temps des boissons émollientes, des juleps opiacés, des lavemens laudanisés, des cataplasmes sur l'abdomen, des frictions sèches ou opiacées, mais sous condition qu'il en suivrait l'effet avec la plus grande attention ; car si on abusait de l'opium, on courrait des chances d'augmenter les symptômes typhoïdes.

M. Dalmas blâme l'émétique à haute dose, dans ce cas d'abord ; mais aussi en thèse générale, il assure qu'on en a beaucoup exagéré l'effet.

*Deuxième malade.* — C'est une femme de dix-neuf ans ; son père qui était contrôleur, ayant été destitué, elle a été forcée, pour vivre, de se mettre en gages ; elle est domestique depuis un mois : de là, chagrins, tristesse, abattement moral. Depuis six ans jusqu'à douze, cette jeune femme a été tourmentée par une fièvre intermittente des plus opiniâtres, mais qui, cependant a fini par céder au sulfate de quinine. Dès cet instant : leucorrhée qui a duré trois ans ; menstruation incomplète ; à une époque qu'elle ne peut bien préciser, elle a craché du sang ; elle est sujette à s'enrhumer tous les hivers ; elle a été affectée, déjà une fois, de rhumatismes articulaires.

Il y a quatre jours environ une malaise général est survenu tout-à-coup, et des douleurs assez vives se sont déclarées aux articulations des poignets, des genoux, des pieds. Le pouls donne cent vingt pulsations ; les articulations sont gonflées, légèrement rouges ; les mouvemens sont difficiles et douloureux : cependant la respiration est bonne ; et quoiqu'il y ait inappétence, la langue a conservé son aspect naturel ; pas de symptômes du côté de l'appareil gastro-intestinal : peau chaude et légèrement halitueuse ; urines foncées : le sang qu'on lui a tiré ce matin est très-couenneux.

*Diagnostic.* — C'est évidemment un rhumatisme articulaire aigu : M. Dalmas croit à l'inflammation de la synoviale, mais c'est particulièrement le tissu fibreux qui lui paraît dans ce cas le plus complètement affecté... Le pronostic est peu grave : la malade guérira certainement ; mais il n'oserait assurer que la maladie ne reviendrait pas plus tard, soit qu'elle se fixe sur les mêmes parties, soit qu'elle se porte aux muscles inté-

rieurs, au cœur, au diaphragme, au péricarde, etc.

*Traitement.* — M. Dalmas conseille les antiphlogistiques; mais comme il y a constipation, il proposerait en même temps quelques doux minoratifs, les lavemens laxatifs, etc. Le candidat blâme encore l'émétique à hautes doses dans ce genre de maladie: il n'a jamais vu, dit-il, tolérance complète de la part de l'estomac; il y a toujours eu vomissemens et dévoiement: quand, par hasard, les malades viennent à guérir par ce moyen, la guérison, quoi qu'on en ait dit, n'est pas plus prompte que par les antiphlogistiques: il n'admet les opiacés que comme secondaires. Les dérivatifs, sur le canal intestinal, lui paraissent bien préférables. Il croit peu à la suspension du membre affecté pour éviter l'afflux du sang, et a également peu de confiance dans le traitement par les diurétiques, par le colchique, les sudorifiques, etc.

La leçon de M. Dalmas n'a fait que peu de sensation: il n'a parlé que pendant trente-cinq minutes. Il faut l'avouer franchement, tout le monde attendait mieux de lui, et l'on a été d'autant plus étonné de l'aridité de son épreuve que, dans d'autres concours, il nous avait déjà habitués à une élocution facile et à un savoir étendu et varié; nous le plaignons sincèrement d'avoir donné un si cruel démenti à ses précédens et à sa réputation; mais il faut sans doute en faire retomber la faute sur une mauvaise disposition qui ne lui aura pas permis de se servir avec avantage de tous ses moyens: *interdùm bonus dormitat Homerus.* Nous espérons qu'à la prochaine épreuve il sera dans son bon moment, et nous sommes sûrs qu'alors il prendra une revanche éclatante. En attendant nous devons lui tenir compte de la vive émotion qu'il a ressentie pendant tout le temps qu'il a parlé: elle a été visible pour tout le monde, et, il n'en faut pas douter, elle a contribué, plus que toute autre chose, à la maigreur de sa leçon. Sa voix, en effet, a été constamment tremblottante et mal assurée; voilà certainement la principale cause de son insuccès actuel; chacun en conviendra, car personne n'oserait croire que ce candidat ne sait pas assez pour parler pendant une heure sur la pleurésie et le rhumatisme. Il y avait plutôt de quoi être effrayé de l'étendue de la matière. Un manque d'habitude et d'adresse lui a également nui beaucoup, et il est malheureux qu'il ait cru devoir s'en tenir à une froide exposition de l'état présent de ces deux malades. A notre avis, en effet, une leçon de clinique ne consiste pas uniquement dans cette simple tâche, ce serait, ma foi, par trop facile, il y aurait trop peu de mérite à disputer la chaire: l'important, c'est de rattacher au cas dont il s'agit, les hautes questions médicales qui peuvent offrir avec lui quelques points de contact, c'est de faire des rapprochemens utiles, c'est de comparer entre eux les cas plus ou moins analogues; c'est de dire et de juger, par ce qui est, ce qui pourrait venir s'y ajouter; c'est de discuter les divers modes de traitement, afin de prouver celui qui, dans des circonstances données, doit mériter la préférence; c'est de faire de la pathologie générale applicable, mais adroitement déguisée; c'est enfin, de faire ce que n'a pas fait M. Dalmas, je veux dire une leçon qui prouve quelque chose et ne soit pas tout-à-fait dépourvue d'intérêt. Ces réflexions générales nous dispenseront de pousser plus loin notre examen critique, car il est facile de prévoir ce que nous aurions à dire si nous voulions entrer dans les détails de l'épreuve du candidat dont il s'agit: en dire plus long nous paraît donc parfaitement inutile: nous n'irons pas plus loin.

*Leçon de M. Piorry.* — 6 mai.

Le premier malade dont M. Piorry va parler, est un jeune ouvrier, âgée de vingt-un ans, qui a travaillé pendant quelque temps au mercure, mais n'y travaillant plus depuis deux ans. Il a eu, anciennement, du côté, de la poitrine, quelques accidens qui ont nécessité l'application d'un vésicatoire qu'il porte encore. Rien n'annonce pourtant qu'il soit prédisposé à la phthisie pulmonaire. Son enfance a été bonne; on ne trouve ni au col, ni aux autres régions qu'affectionnent particulièrement les tubercules, aucune trace de leur existence passée.

Mercredi dernier une douleur vive se fit sentir vers la région du cœcum, mais elle ne s'accompagna d'aucun symptôme particulier; il n'y eut ni vomissement, ni dévoiement. Cette douleur, devenant de plus en plus aiguë, on la combattit par deux saignées, par plusieurs applications de sangsues, par des épithèmes émolliens mais rien n'y fit; elle persista dans toute son intensité première. Peu de temps après, frisson violent, toux, crachats muqueux, un peu de dyspnée.

La langue est large et humide; pas de sensibilité à l'épigastre, pas davantage sur le reste de l'étendue de l'abdomen; pas de météorisme; constipation depuis quelques jours; la percussion découvre des engorgemens superficiels vers la région où la douleur est fixée: le foie n'a que son volume ordinaire, de même la rate, de même les reins; la vessie est vide. Quelle que soit la position dans laquelle on fasse mettre le malade, la matité de la région cœcale ne varie pas, et on n'en retrouve nulle autre part.

La respiration est libre et facile; pas de râle, pas de matité.

Le cœur n'offre pas de palpitations, cependant, si on palpe l'artère dans la direction horizontale, on sent qu'elle bat avec force; dans la direction verticale, au contraire, elle est molle et dépressible: les facultés intellectuelles sont dans leur état normal.

*Diagnostic.* — M. Piorry convient qu'il lui serait bien difficile de dire positivement la maladie dont ce malade est affecté, et à ce sujet il se fait tour-à-tour les questions suivantes; cette douleur est-elle due à une accumulation des matières fécales? ce n'est pas probable, malgré qu'il y ait constipation depuis quelques jours; la douleur est trop aiguë pour qu'on puisse l'attribuer raisonnablement à cette cause; d'un autre côté, la percussion n'annonce pas d'accumulation de matières solides: on peut tout au plus penser que ces matières peuvent contribuer un peu à la maladie. Est-ce une inflammation de l'intestin? cela peut être; mais, dans ce cas, il faudra convenir au moins qu'elle n'est que bien légère, puisqu'il n'y a pas de dévoiement et qu'on n'observe non plus aucun symptôme qui puisse faire croire à ces entérites phlegmoneuses dans lesquelles les déjections ne viennent que bien plus tard. Préférerait-on dire que c'est une péritonite partielle?

mais on n'y est pas autorisé davantage par les phénomènes qu'on vient de lire : il y a pour et contre. N'est-ce pas plutôt une inflammation du tissu cellulaire qui entoure le cœcum, inflammation sur laquelle Dance a dit des choses si neuves et si belles? Ce serait plus probable, mais le candidat n'oserait l'assurer : il n'a pas eu assez de temps pour bien examiner son malade, et il préfère avouer franchement qu'il est dans le doute, plutôt que de s'exposer au reproche d'avoir commis une erreur.

M. Piorry serait, dans ce cas, pour la médecine expectante. Son diagnostic étant peu certain, il y aurait inconséquence à agir comme si tout doute était levé. Il est évident qu'il n'y a à faire ici que le traitement du symptôme. La douleur est vive, mais les émissions sanguines générales et locales ne l'ont pas amendée ; il ne serait donc pas rationnel d'y insister : du reste, la douleur n'est pas toujours une raison qui autorise à l'emploi de ces moyens, par exemple la colique de plomb et plusieurs autres affections de ce genre. Malgré qu'il y fait constipation, le candidat, tout en avouant la nécessité des purgatifs dans ce cas, n'oserait pourtant pas en donner par la bouche ; il se garderait surtout des drastiques : il commencerait par des lavemens huileux, et s'il y avait du soulagement, il donnerait des purgatifs plus actifs, mais dans peu de véhicule, afin qu'ils n'arrivent pas jusqu'au mal. Régime sévère, boissons émollientes et adoucissantes, cataplasmes sur la partie souffrante, demi-bains, etc.

Si, plus tard, les accidens persistent, on se demandera s'ils ne sont pas concomitans d'une affection tuberculeuse pulmonaire : dans bon nombre de cas de phthisie. M. Louis a observé, en effet, des tubercules développés au cœcum : dans quelques circonstances ce dernier en a été ulcéré, et même entièrement perforé. M. Piorry ne voit rien de très-grave dans le cas dont il s'occupe ; il espère que le malade sera soulagé par le traitement qu'il vient d'indiquer : si, plus tard, la maladie se dessine clairement, le pronostic variera suivant la direction qu'elle prendra, etc.

*Deuxième malade.* — C'est une femme âgée de vingt-sept ans ; elle est bonne ; elle gardait deux enfans qui ont été affectés de rougeole. Elle n'a pas été vaccinée.

Il y a sept à huit jours, elle eut quelques coliques et un peu de dévoiement, mais cela dura peu. Depuis quatre à cinq jours, angine, coryza, yeux larmoyans, un peu de toux : ces symptômes ont été assez forts pour qu'on se soit cru autorisé, en ville, de lui faire pratiquer une saignée. Aujourd'hui il n'y a ni douleur de ventre ni diarrhée : les règles ont paru hier, mais elles se sont supprimées d'une manière brusque. C'est ce matin seulement que la peau de la face et des mains est devenue rouge.

La langue est légèrement rosée à la pointe et à ses bords ; un enduit épais et blanchâtre en recouvre la partie moyenne et la base ; le voile du palais et le pharynx sont rouges, mais par plaques ; de même à la face interne des joues et aux amygdales : pas de douleur épigastrique ; pas de vomissemens ; seulement de loin en loin quelques coliques : rien du côté de l'utérus ; rien aux reins, rien à la rate.... La respiration est médiocrement costale ; elle donne vingt quatre mouvemens par minute ; peu de toux. La percussion donne de la matité en arrière, vers la base de la poitrine, et cela dans l'étendue de la largeur des deux mains. A ce point, il y a du râle sous-crépitant ; du reste, absence de respiration bronchique et d'égophonie ; le côté gauche de la poitrine n'offre rien de particulier.

Le pouls donne, par minute, cent vingt battemens : l'organe encéphalique est sain, il y a seulement des rêvasseries.

Les taches rouges qu'on remarque à la peau sont isolées et circonscrites : elles constituent de véritables élevures ; M. Piorry a cru remarquer aussi entre ces taches des vésicules de miliaire ; il pourrait donc bien y avoir deux éruptions à la fois : ce n'est pas un cas franc de rougeole : c'est ce que certains auteurs désignent sous le nom d'éruption anormale. On ne peut la confondre avec la rubéole, ni avec la variole, la varioloïde, la varicelle, etc. On pourrait plutôt croire à la scarlatine, et du reste Sydenham a peu distingué ces deux affections. La lésion principale est donc la rougeole.

*Complications.* — La plus grave complication de cette affection, est l'engorgement pulmonaire ; cette particularité avait déjà été signalée par Stol, Sydenham et Baglivi. Dans la rougeole, disent-ils, la fièvre est presque toujours péripneumonique, et ils auguraient toujours bien de la maladie tant que la respiration restait bonne.

Le poumon du malade de M. Piorry offre, comme on l'a déjà vu, de la matité vers sa base, matité qu'Avenbrugger avait déjà reconnue dans le début de presque toutes les fièvres éruptives. Du reste, cette pneumonie n'est pas franche ; il est très-probable que ce n'est qu'une simple hyperhémie sans inflammation. A ce propos, le candidat accuse Bichat d'avoir trop accordé à la vitalité dans la production des maladies, et il pense, lui, qu'on doit aussi tenir compte des propriétés générales des corps, de celles, par exemple, qu'ont les liquides de tendre toujours aux parties les plus déclives ; dans le cas dont il s'agit, l'altération du poumon lui paraît tenir à cette dernière cause, en grande partie : c'est ce qu'il a décrit sous le nom de pneumonie hypostatique.

*Prosnostic.* — Il ne lui paraît pas grave ; tout dépend de la marche que prendra l'affection pulmonaire.

*Traitement.* — M. Piorry laisserait la rougeole parcourir ses périodes et se contenterait de l'observer ; il prendrait garde surtout qu'elle se répercutât. Il mettrait la malade à un régime sévère, lui donnerait des boissons émollientes, des lavemens de même nature, et saignerait dans le cas où la pneumonie viendrait à faire encore quelques progrès. M. Piorry parle de l'usage des boissons froides conseillé par Sydenham, sans donner son opinion particulière sur ce mode de traitement, etc., etc.

La fin de la leçon de M. Piorry a été accueillie par de longs et unanimes applaudissemens : nous sommes, pour notre compte, de l'avis de ceux qui l'ont applaudi. On ne saurait en effet, sans injustice, ne pas lui reconnaître une grande habitude de professer. La manière particulière et toute philosophique avec laquelle il analyse les faits, les considérations pratiques qu'il sait y rattacher, la facilité de son débit, tout annonce

dans ce candidat le médecin exercé de longue-main, le praticien formé à la source positive de l'observation, un bon professeur enfin. M. Piorry nous a paru également posséder deux qualités essentielles et malheureusement assez rares de nos jours, nous voulons dire la bonne foi et la conviction. Nous n'avons qu'un reproche à lui faire, c'est de mettre un peu trop de solennité dans sa diction : s'il en mettait moins, nous croyons qu'il ferait plus d'effet; qu'en pense-t-il lui-même? C'est une réflexion que nous nous contentons de lui soumettre. Nous lui conseillons aussi de rayer de son vocabulaire l'expression de *bouton :* dans les affections de la peau cette expression n'a pas plus de sens ; elle est vague ; elle n'indique rien. Nous ajouterons enfin que M. Piorry aurait pu nous dire quelque chose sur la question de savoir si, comme on l'assure, le même individu peut avoir plusieurs fois la rougeole, et aussi sur la difficulté qu'il y a quelquefois de la distinguer du *purpura simplex*, soit que celui-ci la complique, soit qu'il en soit tout-à-fait indépendant. ARNAL.

---

## DES GLANDES MUQUEUSES

### DE LA PORTION SUS-DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF, A L'ÉTAT NORMAL (1);

*Par* F. LÉLUT.

---

### § I. *Des glandes muqueuses de la bouche et de l'arrière-bouche.*

I. Suivant Haller, Bordeu, Siébold, Cuvier et plusieurs autres anatomistes, la bouche n'offre de glandes muqueuses que la couche glanduleuse de la voûte et du voile du palais; celle de la base de la langue devant être rapportée au pharynx plutôt qu'à la bouche. Suivant eux, toutes les autres glandes qui avoisinent de plus ou moins près la cavité buccale appartiennent à la classe des salivaires.

Pour la parotide et les glandes sous-maxillaires et sous-linguales, tout le monde est d'accord : ces glandes sont purement salivaires. Quant aux glandules situées en dehors de la membrane muqueuse des joues et des lèvres, glandules connues sous le nom de glandes buccales, labiales, molaires, et que les physiologistes modernes assimilent purement et simplement aux glandes muqueuses, elles n'ont exclusivement ni ce caractère ni celui de glandes salivaires ; mais elles forment une sorte de passage de celle-ci aux premières, ainsi que me paraissent l'établir les observations suivantes.

Lorsqu'on examine le produit sécrétoire de ces glandes, soit à l'orifice buccal de leur conduit excréteur, soit dans l'intérieur de leur tissu, on voit que ce produit, quoique surtout muqueux, n'est ni aussi épais, ni aussi gluant que celui de la couche glanduleuse de la voûte palatine, ainsi que l'a justement noté Siébold, et par conséquent que, sous ce rapport, il tient un peu du produit sécrétoire des glandes parotides, sous maxillaires et sous-linguales. Et, d'un autre côté, les glandes buccales et labiales se rapprochent beaucoup de ces dernières, soit sous le rapport de leur siége, soit sous celui de leur structure.

Comme les glandes salivaires, en effet, elles sont situées au dehors de la membrane celluleuse de la bouche ou chorion de la membrane muqueuse, entre elle et la musculeuse, quelques-unes même dans les écartemens des fibres de cette dernière tunique. Elles se présentent sous la forme de petits corps rougeâtres, plus ou moins régulièrement ronds, de la grosseur d'un grain de chenevis ou d'un pois, qu'on peut diviser en plusieurs lobules, divisibles eux-mêmes en grains de plus en plus petits, absolument comme cela a lieu pour le tissu d'une des glandes salivaires proprement dites ; en sorte qu'il n'est pas possible de distinguer un grain glanduleux d'une glande buccale, d'un semblable grain de la parotide ou de la sous-linguale. Cette conformité de structure avait été remarquée par Siébold.

Ces petits corps glanduleux, réunis en une couche épaisse, par un tissu cellulaire peu serré, ont chacun un canal excréteur très-résistant, capable d'admettre une soie fine de sanglier, et qui est quelquefois commun à deux ou trois de ces glandules. Ce conduit, noté par Verheyen et par Siébold, je l'ai vu plusieurs fois formé par la réunion de plusieurs canaux plus petits, venus chacun d'un lobule constituant de la petite glande, et d'autres fois il offrait dans son trajet, et adhérens à ses parois, des points glanduleux extrêmement petits, analogues à ceux des conduits parotidien et de Warton. Sa longueur est de deux à trois lignes, et quelquefois, dans les glandes molaires, de quatre à cinq lignes. En tirant en dehors la glandule à laquelle il appartient, rien de plus facile que de voir qu'il correspond à un des orifices glandulaires de la membrane muqueuse buccale, et d'y introduire, par cet orifice, une soie de sanglier qui pénètre jusqu'au corps même de la glandule d'où il part. Dans un pouce carré de la lèvre inférieure, j'ai plusieurs fois compté vingt à vingt-cinq orifices glandulaires, et au-dessous de sa membrane muqueuse, trente à quarante glandules.

J'ai dit que, de ces petits corps, les uns étaient rougeâtres, les autres d'un beau jaune. Cette différence de couleur, dont j'ignore la cause, est souvent très-tranchée, et les glandules jaunes pourraient facilement être prises pour des pelotons de tissu adipeux, si l'on ne s'assurait, ainsi que je l'ai fait, de l'existence de leur canal excréteur. Aussi Winslow, et, après lui, Bordeu, ont-ils, avec raison, appelé l'attention des anatomistes sur la possibilité de cette erreur.

Les glandules buccales, ainsi que les grains constituans des salivaires, n'offrent point de cavité appréciable, qui puisse les faire assimiler à ce qu'on a appelé des cryptes muqueux, ou aux glandes muqueuses proprement dites. Quand on les incise avec un instrument bien tranchant, et qu'on examine la tranche au microscope ou avec une forte loupe, il est impossible d'y voir autre chose qu'une multitude de petits grains arrondis ;

---

(1) Extrait d'un travail sur l'ensemble des glandes muqueuses du tube digestif, dont plusieurs parties ont déjà été publiées dans quelques recueils périodiques.

et lorsque, sur une des surfaces de section, on appuie le doigt, pour le retirer ensuite, on entraîne avec lui un grand nombre de filamens muqueux, qui ne se brisent qu'à deux ou trois lignes de la glande, sans laisser à découvert aucune cavité.

Ainsi, d'une part, les glandules buccales se rapprochent des glandes salivaires en ce qu'elles sont situées en dehors de la membrane cellulaire de la bouche, en ce qu'elles n'offrent point, dans leur tissu, de cavité appréciable, en ce qu'elles sont pourvues d'un canal excréteur assez long pour mériter ce nom. D'autre part, elles se rapprochent des glandes muqueuses proprement dites, par la nature de leur produit, qui est surtout muqueux, et par quelques autres caractères que j'aurai occasion de faire connaître plus bas.

II. Il ne faut chercher de glandes muqueuses, ni dans la partie inférieure de la bouche, ni, avec Verheyen, sur la partie de la face supérieure de la langue, antérieure aux papilles lenticulaires, ou en V. C'est là un fait que Malpighi, qu'Albinus, avaient noté; et on ne sait à quoi attribuer l'erreur de quelques anatomistes modernes, qui regardent comme des glandes muqueuses les papilles lenticulaires de la langue. Jusqu'à plus ample informé, toutes les papilles de cet organe, sans exception, ne doivent être considérées que comme les organes de tact; et si elles sont des organes de sécrétion, cette sécrétion n'est point follieuleuse.

Mais, à partir des papilles lenticulaires, et dans toute la longueur de chacun des côtés du V qu'elles représentent, *la base de la langue* est pourvue d'une immense quantité de glandes muqueuses, d'ordinaire tellement pressées, qu'elles forment, en avant de l'épiglotte, une véritable couche, ou corps glanduleux, auquel Warton attribuait la faculté de goûter, par l'intermédiaire de la membrane appliquée sur lui.

Il faut, dans cette couche, distinguer deux parties : une partie profonde et une partie superficielle La partie profonde, quand la couche est très-épaisse, est formée de glandules ou de grains glanduleux plus fermes que ceux de la parotide, mais qui, comme eux, ne présentent point de cavités appréciables. En les coupant et en les pressant, on en exprime une plus ou moins grande quantité de mucus visqueux.

Quant à la couche superficielle, elle se compose de celles de ces glandules qui viennent s'ouvrir immédiatement à la surface de la langue; glandules que Malpighi a prises, avec celles du palais, du pharynx et des intestins, pour type de ses *Acini*, des grains ou élémens constituans du tissu glandulaire. Ces glandes ont, en général, le volume d'une graine de moutarde ou d'un pois. Elles sont plus ou moins régulièrement sphériques, quelquefois isolées; elles se touchent d'ordinaire les unes les autres, et en arrière, sont continues aux glandules de la couche profonde. Elles font saillie à la surface de la langue, et leur ensemble y présente quelquefois un peu l'aspect d'un gâteau de miel. Elles sont creusées d'une cavité assez régulièrement circulaire, que l'on peut parcourir facilement avec la pointe d'une épingle ou une soie de sanglier. Cette cavité se fait jour à la surface de la langue, par une ouverture ordinairement très-appréciable, que j'ai pu quelquefois évaluer à un quart ou à un cinquième de ligne, et que, dans tous les cas, on peut rendre très-apparente par la tension de la membrane, par la marcération, par l'immersion dans de l'alcohol saturé de sublimé corrosif. Les parois de la petite cavité glandulaire sont assez épaisses; elles ont un quart, une demi-ligne ou plus d'épaisseur. Leur structure, leur disposition, sont les mêmes que celles des glandes buccales ou labiales, ou des salivaires. Elles sont unies à la couche profonde, se confondent avec elle et en reçoivent le mucus qu'elles contiennent. J'ai vu de ces glandules superficielles de la base de la langue, tout-à-fait isolées; j'en ai même vu faire, au nombre de trois ou quatre, ou de dix à douze, une saillie à l'intérieur de la cavité buccale, sous forme de fongosité à pédicule plus ou moins étroit.

Les glandules de la base de la langue sont continues en arrière avec les glandes de l'épiglotte et du pourtour de la glotte, et sur les côtés, ou en haut, avec les *amygdales*, dont les follicules peuvent se distinguer aussi en profonds ou externes, sans cavités appréciables; et en superficiels ou internes, creusés de cavités auxquelles on a donné le nom de lacunes, et qui reçoivent et versent à l'intérieur de la bouche le mucus sécrété par la totalité de la glande. Vieussens a prétendu que la couche glanduleuse des amygdales et du voile du palais est en rapport avec les cryptes muqueux de la pituitaire, par des *vaisseaux muqueux*. Je n'ai jamais rien vu de pareil.

III. La *voûte du palais* est, suivant la remarque de Verheyen, revêtue d'une couche glanduleuse extrêmement dure, extrêmement épaisse, située entre la membrane muqueuse et le périoste. Meckel en a évalué l'épaisseur moyenne à deux ou trois lignes, et je l'ai trouvée, plusieurs fois, épaisse de cinq à six lignes. Cette couche qui commence, en avant, à quelques lignes de la gencive supérieure, et qui, en arrière, se continue avec les glandes de la face antérieure du voile du palais, est plus épaisse vers le milieu de la voûte palatine. Elle est divisée en plusieurs parties, par des sillons irréguliers, souvent assez profonds. Les grains glanduleux qui la composent sont de même nature que ceux des glandes buccales et des glandes salivaires. Seulement ils sont plus durs et plus intimement unis entre eux. La *glande palatine* peut se diviser en deux couches, comme celle de la base de la langue : une couche profonde, beaucoup plus épaisse que l'autre, composée de glandules sans cavités appréciables; et une couche superficielle ou inférieure, dont les glandes sont creusées d'une cavité moins grande, moins régulière que celle des glandes de la base de la langue, et qui s'ouvre, par un orifice très-régulièrement circulaire, et assez étroit, à la surface de la voûte palatine. J'ai compté quelquefois cinquante à soixante de ces orifices. Ordinairement ils sont marqués par un point noir, environné d'une auréole plus blanche que le reste de la membrane : ou bien il sort de chacun d'eux une gouttelette de mucus, arrondie comme une très-petite tête d'épingle.

La quantité de mucus que contient la glande de la voûte du palais est énorme. En quelque sens que l'on coupe et que l'on presse cette glande, on en fait sortir de ce liquide; mais on en exprime une plus grande quantité quand on exerce la pression vers les orifices de la voûte palatine.

J'ai plusieurs fois cherché si les glandules les plus profondes de la glande palatine n'étaient pas pourvues d'un canal excréteur, analogue à celui des glandes buccales, et qui allât s'ouvrir à la surface de la voûte palatine, ou, au moins, portât leur produit sécrétoire aux lacunes ou cryptes, que forment les glandules superficielles de cette masse, et dont les orifices se voient au palais. Je n'ai jamais rien pu découvrir de semblable. Les glandes superficielles seules sont creusées d'une cavité qui s'ouvre immédiatement dans la bouche. Les autres sont pleines, sans canal appréciable, et c'est par une sorte d'imbibition, d'infiltration favorisée par la position déclive des orifices de la glande, que le mucus de ses parties supérieures ou profondes se rend aux lacunes qui le versent dans la cavité buccale. Il y a donc, entre les glandes buccales et labiales, et les glandes de la base de la langue et de la voûte palatine, cette différence, que les premières envoient isolément leur produit dans la bouche, par un canal excréteur, tandis que la masse des dernières l'y verse par l'intermédiaire des lacunes de sa partie superficielle, lacunes qui s'ouvrent immédiatement à la surface du tégument interne. Nous retrouverons ce caractère dans toutes les glandules que nous offrira le reste de la membrane muqueuse digestive.

La masse glanduleuse de la voûte palatine est continue en arrière à la couche glanduleuse de la face antérieure du voile du palais. Cette couche offre absolument les mêmes caractères que la couche glanduleuse superficielle de la base de la langue. Les glandes les plus profondes n'ont pas de cavité. Les plus superficielles en ont une qui a la forme circulaire et l'étendue de celle des cryptes de la base de la langue, et qui, comme elle, s'ouvre à la surface de la membrane muqueuse, par un orifice très-appréciable. Le nombre de ces orifices à la face antérieure du voile du palais, m'a paru égal à celui des orifices de la voûte palatine. A la face postérieure il est moindre, ainsi que le nombre des glandules et leur grosseur. Ce plan postérieur se continue avec la couche glanduleuse de la pituitaire, couche très-épaisse à la partie inférieure et sur les parties latérales des fosses nasales, ainsi que l'avait déjà noté Santorini.

### § II. *Glandes muqueuses du pharynx et de l'œsophage.*

I. *Les glandes muqueuses du pharynx* sont extrêmement nombreuses. Depuis Galien, tous les auteurs sont d'accord sur ce point. La couche qu'elles forment est moins épaisse que celle des glandes palatines. Mais elles sont presque aussi nombreuses que celles du duodénum. Les plus superficielles forment, à l'intérieur du pharynx, des saillies ovalaires dont la fréquence peut déjà donner une idée de leur nombre. Ces glandes existent dans toute l'étendue du pharynx, excepté sur la ligne médiane, où la face extérieure de ce conduit est très-adhérente au sphénoïde et aux corps des vertèbres cervicales. Santorini a remarqué que, dans certains endroits, elles sont groupées à la manière des tonsilles. Je leur ai vu cette disposition à l'embouchure des trompes d'Eustache : l'amas glandulaire qui résulte de cette disposition, ressemble tout-à-fait au tissu de la partie profonde de la glande palatine. La voûte du pharynx offre des sillons plus ou moins régulièrement obliques, qui viennent, de chaque côté, se rendre sur la ligne médiane. C'est dans ces sillons que s'ouvrent les pores, quelquefois appréciables, des cryptes muqueux de cette partie. Les glandes pharyngiennes sont d'autant plus nombreuses, et le plan qu'elles forment est d'autant plus épais, qu'on les examine plus haut dans le pharynx. Elles diminuent peu à peu en descendant, et cessent assez brusquement à la naissance de l'œsophage.

Ces glandes, celles surtout qui sont isolées, ont, pour la plupart, la forme ovalaire et le volume d'un très petit pepin de melon. Leur grand diamètre est dirigé suivant l'axe du pharynx. Beaucoup d'entre elles néanmoins ont une forme irrégulière. Leur couleur est rougeâtre, et leur tissu absolument analogue à celui des glandes buccales. Je n'ai jamais pu leur découvrir ni cavité, ni canal excréteur. En comprimant les plus voisines de la cavité pharyngienne, j'ai pu quelquefois en faire sortir un peu de mucus par des pores, que je ne pouvais apprécier d'une autre manière. Mais la plupart du temps la pression ne me donnait pas même ce résultat.

II. L'existence et la proportion des *glandes muqueuses de l'œsophage* est on ne peut plus variable, et c'est ce qui explique la différence d'opinion des auteurs à cet égard. Bichat dit n'avoir point trouvé de ces glandes. Malpighi, Verheyen, Sabatier, Meckel, en admettent un grand nombre. Ces deux opinions sont fondées. Quelquefois, mais rarement, on ne trouve aucune glande muqueuse dans l'œsophage jusqu'au cardia. D'autres fois, et le plus souvent, on en trouve de vingt à quarante isolées, ou groupées au nombre de deux ou de trois. Quelquefois enfin, mais le plus rarement, l'œsophage en présente, dans toute son étendue, presque autant que la partie inférieure du pharynx, mais presque toutes isolées, ou groupées en très petit nombre. Dans tous les cas, on en trouve toujours au cardia une grande quantité, dont la disposition suit exactement la forme des festons terminaux de l'épithélium, et qui soulèvent la membrane muqueuse sous-jacente.

La forme, la structure des glandes de l'œsophage sont les mêmes que celles des glandes isolées du pharynx. Elles ne m'ont jamais offert ni cavité, ni canal excréteur. Jamais, par la pression, je n'ai pu en exprimer un liquide muqueux, si ce n'est au voisinage du cardia; et souvent, après un examen attentif, j'ai pu croire que leur action est, à peu de chose près nulle, ou que leur travail n'a point pour résultat un liquide d'excrétion.

Cette variabilité d'existence et de nombre des glandes muqueuses œsophagiennes, cette impossibilité d'y découvrir (si ce n'est au cardia) des orifices, un produit sécrétoire; cette sorte d'atrophie, d'inutilité de leur tissu, n'ont rien que de très-ordinaire dans l'histoire comparée des organes. Les glandes œsophagiennes, dans l'homme, sont de toutes les glandes muqueuses du tube digestif celles qui sont le moins utiles; elles ne sont là que pour mémoire, comme beaucoup d'organes dans la série animale. C'est dans d'autres espèces qu'elles agissent, sécrètent un liquide lubréfiant ou digestif, et ont un développement proportionnel à leur action : cela a lieu, par exemple, dans les quadrupèdes,

où la position, presque horizontale de l'œsophage rend moins facile la descente du bol alimentaire; dans les gallinacés, où deux renflemens de ce conduit, le jabot et le ventricule succenturié, commencent son élaboration. Mais dans l'homme, le bol, invisqué par le mucus buccal et pharyngien, descend dans l'œsophage, et par son propre poids, et par l'effet des contractions de ce conduit, dont la lubréfaction par un mucus glandulaire devient ainsi peu nécessaire, suppléé, du reste, par un épiderme fort épais.

## § III.

Cette exposition générale des glandes muqueuses de la membrane muqueuse digestive sus-diaphragmatique, telles que je les ai vues, peut donner lieu à quelques carollaires plus généraux encore, et que voici:

D'abord, on ne peut, à proprement parler, donner à aucune de ces glandes le nom de crypte ou de follicule.

Ce ne sont point, en effet, de simples enfoncemens du tégument interne. Toutes offrent un tissu particulier, glanduleux, absolument semblable à celui des parotides; celles qui ont une cavité creusée à leur intérieur, comme les glandes de la base de la langue, aussi bien celles qui n'en ont pas, et qui même paraissent ne rien sécréter, par exemple, celles de l'œsophage. A part peut-être ces dernières, toutes les autres appartiennent à la classe des glandes dites *conglomérées;* elles en sont le premier degré.

Ces glandes ne sont point situées dans la membrane muqueuse proprement dite, n'en font point partie. Ou bien elles sont placées entre elle et la membrane celluleuse, comme les glandes du pharynx et de la base de la langue, et alors elles s'ouvrent immédiatement à la surface du tégument par un orifice plus ou mois large; ou bien elles siégent en dehors de la membrane celluleuse, sur la tunique musculeuse, ou entre ses fibres, comme les glandes des lèvres et des joues, et alors elles sont pourvues d'un canal excréteur, plus ou moins long. Elles sont d'autant plus voisines de la membrane muqueuse, d'autant plus confondues avec elle, qu'elles sont situées plus bas dans le tube digestif.

Les rameaux vasculaires et les filets nerveux qu'elles reçoivent des vaisseaux et des nerfs voisins sont, suivant la remarque de Bordeu, très-considérables, relativement à leur masse et à leur nombre. J'ai souvent noté ce fait pour la glande palatine et les glandes des lèvres et des joues.

Bien que la partie du tégument interne auquel elles sont annexées, soit couverte d'un épiderme très-appréciable, je n'ai jamais vu cette membranule se continuer, soit dans les conduits excréteurs de celles de ces glandes qui en sont pourvues, comme les labiales, soit même dans les cavités très-appréciables des glandes superficielles de la voûte palatine et de la base de la langue. L'opinion de Mascagni à cet égard me semble donc tout-à-fait fausse, ainsi que j'ai eu occasion de l'exprimer ailleurs.

---

# FACULTÉ DE MÉDECINE.

## CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE INTERNE.

*Épreuves orales.*—MM. Rostan et Gibert.

### *M. Rostan.*

Le premier malade sur lequel M. Rostan a fait sa leçon est prédisposé aux affections de poitrine : a deux reprises différentes il a été pris de pleuro-pneumonie intense. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, en traversant les Tuileries, un malaise général lui survint tout-à-coup, et un frisson d'une heure lui succéda; puis vint une douleur aiguë au côté gauche de la poitrine; une toux douloureuse et difficile amena quelques crachats sanguinolens.

*État actuel.*—Le point de côté augmente par la pression exercée dans l'espace intercostal qui lui correspond, ainsi que par les mouvemens de la respiration; toux rare, gênée; crachats rouillés, jaunâtres, en petite quantité, mais adhérens au fond du vase; râle crépitant au point douloureux; dans cet endroit, la percussion donne un son un peu obscur; plus bas, le son est tout-à-fait mat. Le bruit respiratoire manque entièrement là où le son est mat, partout ailleurs il est tubaire. Il est bon de remarquer que le malade était, avant sa maladie, habituellement essoufflé, quand il marchait un peu vite ou qu'il montait les escaliers, circonstance qui fait penser à M. Rostan qu'il y a commencement d'anévrysme du cœur; ce que confirme, du reste, l'exploration immédiate. Indépendamment de ces symptômes, il y a encore céphalalgie intense; le pouls est fort, plein, rapide il y a aussi quelques symptômes de dévoiement; douleur légère vers la région épigastrique, produite, suivant le candidat, par les efforts de la toux. Rien de particulier aux autre fonctions.

Cela posé, M. Rostan ajoute que ce n'est pas tout que de dire quelle est l'affection dont le malade est actuellement souffrant, mais qu'il est utile, pour l'instruction des élèves, de prouver, par un examen comparatif, que ce n'est pas telle ou telle autre qui peuvent avoir avec celle-ci quelques points de contact, traits de ressemblance. Aussi, après avoir annoncé que la maladie qu'il avait reconnue chez son malade est une pleuro-pneumonie, il compare successivement ses symptômes avec ceux que donnent la pleurodynie, la pleurésie proprement dite, la pneumonie seule et le catarrhe bronchique, et corrobore ainsi son premier diagnostic. Pendant cet examen, M. Rostan dit, entre autres choses que nous devons indiquer, qu'il est faux, quoiqu'on en ait dit, que dans le cas de pneumonie simple, la douleur augmente pendant l'expiration. Suivant lui, en effet, c'est précisément dans une condition tout inverse, c'est-à-dire pendant l'inspiration que cette augmentation a lieu. Il dit aussi que Laennec a eu tort d'avancer que l'épanchement avait lieu presque aussitôt que l'inflammation de la plèvre, et il s'appuie sur les recherches de Marandel, qui prouvent que toute inflammation aiguë a pour premier effet de suspendre, dans le tissu qui en est affecté, sa sécrétion même normale. Dans le cas dont il s'agit, M. Rostan n'admet pas que la matité, dont nous avons parlé plus haut, puisse être attribuée à de la sérosité épanchée; il la fait dépendre d'une hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon gauche. Il ajoute enfin, qu'à

côté de cette hépatisation, on entend distinctement du râle crépitant, et que ce râle existe dans tous les cas de ce genre.

La gastro-entérite n'est qu'une complication, et non le point de départ de la maladie, comme quelques médecins le croient : Stoll, dit-il, aurait appelé cela une pneumonie bilieuse, et il aurait eu tort.

*Pronostic.* — Il lui paraît peu grave.

*Traitement.* — M. Rostan emploierait ici les antiphlogistiques, l'abstinence qui, à son avis, est un des moyens qui favorise le plus la résorption intersticielle; les boissons délayantes, qui, suivant toute la rigueur du mot, *délaient* le sang; il vante les saignées générales, et essaie d'en expliquer l'action; il s'appuie sur des expériences faites sur les animaux, expériences qui lui ont prouvé que l'absorption se faisait bien plus vite chez ceux à qui on avait largement ouvert la veine. Il assure que les sangsues appliquées sur le point douloureux, en même temps que la saignée, enlèvent la douleur *comme avec la main*... Il n'admet l'administration de l'émétique à hautes doses, que quand les saignées ne peuvent plus être pratiquées, et que les toniques ne peuvent offrir aucune chance fondée de succès... Il n'a pas retiré de très-bons effets de l'oxyde blanc d'antimoine, que M. Trousseau propose de substituer à l'émétique, et il pense bien que, dans tous les cas, ce médecin se garderait bien de l'employer seul, surtout s'il avait affaire à une pneumonie un peu intense.

*Deuxième malade.* — Celui-ci est âgé de quinze ans : il est affecté d'une fièvre intermittente : la langue est blanchâtre à sa base, rosée à sa pointe; pas de douleur au ventre, le son donné par la percussion annonce que les intestins sont remplis de gaz; il y a un peu de dévoiement : un peu de toux, mais sans râle, douleur vers la partie inférieure latérale et gauche de la poitrine; elle augmente un peu par la pression; il y a matité correspondante; la respiration est, du reste, à peu près naturelle; la peau offre une légère teinte jaunâtre .. La fièvre vient tous les jours à la même heure. M. Rostan décrit en général, et *à priori*, les symptômes que ce malade doit présenter, pendant les stades du frisson, de la chaleur et de la sueur.

*Diagnostic.* — Nous l'avons déjà dit, c'est une fièvre intermittente quotidienne, compliquée d'une très-légère gastro-entérite. La matité qu'il a reconnue vers la base de la poitrine du côté gauche, ne tient nullement à une lesion du poumon; elle est produite par un gonflement de la rate, qu'il regarde comme un sinus abdominal, un organe d'hématose. Cet engorgement est lui-même produit, cela va sans dire, par les accès de la fièvre, qui y déterminent un afflux du sang plus considérable.

*Pronostic.* — Peu fâcheux : le malade guérira bien et vite, à moins qu'il ne survienne quelque complication grave, qu'il est impossible de prévoir.

*Traitement.* — S'il était convaincu qu'il y eût congestion inflammatoire vers la rate, il saignerait. La saignée seule arrête quelquefois les accès; il avoue pourtant que les médecins romains abusent beaucoup de ce moyen. Il ne croit pas, comme M. Bailly, que les vomitifs et les purgatifs puissent, dans la plupart des cas, dispenser des fébrifuges. M. Rostan est de l'avis de Pinel, qui voulait qu'on attendît plusieurs accès, avant d'avoir recours à des moyens actifs, parce que fort souvent la maladie guérit d'elle-même, et parce qu'on peut être ainsi dispensé d'employer la sulfate de quinine, dont l'action est loin d'être aussi innocente qu'on le pense généralement. Il cite à ce sujet l'observation d'un dame, qui a succombé à l'administration imprudente de ce médicament; elle a présenté à l'autopsie un ramollissement gélatiniforme de la muqueuse gastro-intestinale tout entière. Si pourtant les accès prennent un caractère grave, il faut les arrêter à tout prix; dans ce cas, on ne doit pas craindre l'action du sulfate de quinine.

Quand il y a gastrite, quelquefois les sangsues à l'épigastre guérissent la phlegmasie et la fièvre intermittente...Souvent il suffit de changer les conditions hygiéniques, pour voir les accès s'éloigner de plus en plus, et disparaître d'eux-mêmes : il parle de quatre femmes de la Salpêtrière, qui, ayant contracté une fièvre intermittente dans une salle basse et humide, guérirent sans l'emploi d'aucun moyen pharmaceutique : il suffit de les mettre dans un dortoir plus sain .. M. Rostan n'ajoute aucune espèce de confiance aux autres substance amères, qu'on a vantées comme fébrifuges, et il pense que si les malades guérissent après leur administration, c'est qu'ils auraient guéri sans elles. La ligature des membres lui paraît également peu efficace; il termine enfin, en faisant une critique spirituelle de l'ouvrage de M. Bailly, et particulierement de ce passage, où il conseille la *position horizontale*, comme moyen curatif. Voilà, en effet, un bien singulier fébrifuge !

Pendant la premier quart d'heure de sa leçon, M. Rostan a été loin de parler avec sa facilité habituelle; sa diction était un peu embarrassée, c'était presque de l'hesitation; mais peu à peu l'assurance est revenue et bientôt le beau talent de professer, que tout le monde lui connaît, s'est montré dans tout son jour, dans toute sa flexibilité, dans tout son brillant. Plusieurs salves d'applaudissemens ont témoigné de l'effet qu'il a su produire sur son nombreux auditoire. Notre éloge n'est donc qu'une espèce d'écho de celui que le public lui a déjà rendu d'un manière plus énergique et plus bruyante : cette réflexion seule nous dispense de tout autre compliment. Cela ne nous empêchera pourtant pas de faire remarquer que M. Rostan aurait dû, à notre avis, nous dire quelque chose des résultats des deux pleuro-pneumonies que son malade avait eues avant celle qui l'a amené à l'hôpital. N'est-il pas probable, en effet, qu'elles ont déterminé des adhérences? Pourquoi n'en pas parler? Et ces adhérences, n'entrent-elles pour rien dans les phénomènes que l'auscultation lui a fournis? Ne pourrait-il pas se faire qu'elles eussent modifié les résultats de la percussion? Cette matité qu'il a signalée, ne tiendrait-elle en rien à un épanchement que ces adhérences auraient voilé? etc. Nous ajouterons encore: à quoi bon des considérations générales sur l'influence des saignées, sur l'absorption? Ce n'en était pas là le lieu, d'autant mieux que les deux sujets que ce candidat avait à traiter étaient certainement assez vastes par eux-mêmes, et ne comportent pas de digressions inutiles? N'y a-t-il pas aussi un peu d'exagération de dire que les sangsues appliquées sur le point de côté, enlevaient la douleur comme avec la main? C'est évidemment de l'hyperbole : M. Rostan a beaucoup d'imagination..... Pourquoi ne rien dire de l'étiologie de la fièvre intermittente? Il me semble que cette question n'était pas sans importance; elle était digne de lui: que faut-il donc penser de ce silence à ce sujet? Est-ce, de sa part, de la prudence ou de la modestie?

*M. Gibert.*

Nous n'essaierons pas de donner une analyse de la leçon

de ce candidat, car pour le faire d'une manière convenable, il faudrait lui accorder cinq à six pages d'impression, et l'espace qui nous est réservé au journal ne nous le permet pas : voici pourtant ce que nous avons remarqué de plus essentiel et de plus saillant :

Il débute par faire une critique de la marche que ces compétiteurs ont cru devoir suivre dans cette épreuve orale : il la trouve trop sèche, trop rétrécie, trop dépourvue d'intérêt A ce propos il attaque avec vigueur la manière actuelle de procéder qu'emploient la plupart des auteurs de nos jours qui se font les missionnaires de telle ou telle doctrine, renient le passé et se croient les messies de l'avenir. Ce sont, dit-il plus loin, de véritables enfans-trouvés qui s'efforcent en vain de se faire illusion sur leur origine ; ils tournent le dos à ce passé qui les a faits ce qu'ils sont, et feignent d'ignorer ce qu'ils lui doivent. Il n'est pas de petit auteur qui ne se croie aujourd'hui de taille à faire école, et à changer la face de la médecine ; mais pitié ! les grandes découvertes qu'on vante aujourd'hui avec tant de complaisance, ne sont que mensonges, que plagiat ; on les retrouve tout entières dans les ouvrages les plus anciens. Il ne saurait même en être autrement ; car toute la médecine gît dans l'observation ; or, l'observation était autrefois plus cultivée et mieux interrogée qu'elle ne l'est aujourd'hui. La peine que les auteurs modernes se donnent pour étudier la nature intime des maladies est toute en pure perte ; c'est en vain qu'ils se flattent, le scalpel à la main, de dérober quelque secret important aux mystères de l'organisation souffrante, cette organisation reste muette, et leurs *éternelles autopsies* ne prouvent rien, si ce n'est leur impuissance et le peu de fondement des prétentions de leur folle vanité. Du reste, la connaissance du siège des maladies paraît assez peu importante à M. Gibert, et il accuse Bichat, en particulier, de lui avoir accordé trop de prix. L'observation peut y suppléer, et pour preuve, c'est que, sans connaître en rien la nature et le siège du choléra, de la rage, de la variole ; bref de toutes les maladies, mais particulièrement des spécifiques, nous savons pourtant leurs symptômes, leur marche, leurs dangers, et même un peu aussi les moyens qui peuvent diminuer, et quelquefois enlever entièrement les chances d'un résultat fatal.

M. Gibert continue à faire une guerre acharnée à ce qu'il appelle le philosophisme moderne ; Pinel, lui-même, ne trouve pas grâce devant lui. Il frappe de la même réprobation les novateurs de toutes les époques, depuis les Asclépiades jusqu'à Hahnemann, parce que tous ont eu le tort impardonnable de mettre le raisonnement au-dessus de l'observation. Il vante pourtant Vanhelmont et son épine, parce qu'il y voit une preuve qu'il considérait la fièvre comme un mouvement éliminatoire. Enfin, il se porte le défenseur du passé contre le présent, de l'hippocratisme, puisqu'il faut dire le mot, contre toutes les autres doctrines médicales, et notamment contre la doctrine physiologique. La *matière peccante*, s'écrie-t-il, qui vous a fait sourire la veille, et qu'on n'a prononcé qu'en tremblant, vaut bien sans doute votre *irritation :* elle est moins absurde.

Après avoir fait encore une courte digression sur l'enseignement clinique, après avoir dit qu'il est aussi ancien que la médecine, et l'avoir prouvé par une épigramme de Martial, qui le fait remonter au moins *au règne de Galba*, M. Gibert passe à l'examen de ses deux malades.

Le premier est atteint de la grippe : c'est une affection catarrhale ; les épidemies de ce genre ont parcouru presque toute l Europe ; il cite entre autres celle de coqueluche qui, au rapport de Baillou, s'est déclarée à la fin du XVI^e siècle. En 1775, une épidémie analogue à celle de nos jours, parut aussi d'une manière très-générale. En 1803, M. Récamier en a décrit une nouvelle à l'Hôtel-Dieu : la grippe qui, il y a deux ans, a précédé le choléra, était en tout semblable à celle d'aujourd'hui M. Gibert ajoute encore quelques mots sur sa marche générale, sur les différences qu'elle a présentées aux différentes saisons et sous les divers climats, puis il décrit les symptômes que présente son malade, et termine enfin par le traitement.

Son second malade est affecté de pleuro-pneumonie qu'il appelle le pont-aux-ânes de la médecine : il en donne un aperçu historique ; il prouve que dans le dernier siècle, on a déjà discuté sur l'existence isolée ou concomitante de la pleurésie et de la pneumonie, et que Cœlius Aurelianus en avait parlé bien avant ; d'autres auteurs anciens l'ont décrite, même sous le nom de pleuro-pneumonie. Dans le XIV^e siècle, dit il, Guy de Chauliac a reconnu et décrit la pneumonie hypostatique de M. Piorry. Il en admet plusieurs espèces, et entre autres la pleuro-pneumonie franchement inflammatoire, qu'il appelle encore *bien étiée*, la bilieuse, la nerveuse, l'adynamique, etc.

Après avoir indiqué les principaux symptômes que présente son malade, M Gibert dit que le diagnostic est clair et facile, que personne ne pourrait s'y méprendre, et que par conséquent il pourrait fort bien se dispenser de la percussion et de l'auscultation ; mais pour sacrifier à un usage reçu, et uniquement pour qu'on ne l'accuse pas d'ignorance, il veut bien, par complaisance, se servir aussi de ce moyen d'exploration... Il prouve ensuite, par l'exemple de son malade, que dans le cas de pleuro-pneumonie, comme dans tous ceux où il y a difficulté de respirer, le décubitus n'a pas de règle générale, et que les malades se couchent indistinctement dans tel ou tel sens, et toujours sans qu'on puisse expliquer le choix de la position qu'ils prennent, quand ils viennent à faire ce choix.

M. Gibert saignerait son malade, mais avec mesure, et s'il observait que les évacuations sanguines eussent peu d'effet, il aurait recours à d'autres moyens ; il blâme les médecins qui saignent à outrance dans ce cas : il pense qu'il est rare qu'on soit obligé d'aller au-delà de quatre ouvertures de veine. Il n'admet pas cette vieille idée qui voulait qu'on ne saignât plus après le septième ou le huitième jour ; il ajoute qu'Hippocrate a saigné bien plus tard et conseille de l'imiter à quelque époque qu'on soit arrivé de la maladie, si l'inflammation est intense. Ce n'est pas à l'état local, qu'il faut adresser les antiphlogistiques, mais à l'état général. Si les évacuations sanguines n'enlèvent pas le mal, il faut avoir recours à la méthode perturbatrice : il n'a pas de répugnance pour l'émétique à hautes doses : il a vu aussi le musc réussir parfaitement entre les mains de M. Récamier, dont il est fier d'avoir été l'élève. Il est aussi partisan des exutoires : la pleuro-pneumonie bilieuse doit être traitée par les vomitifs et les purgatifs ; la nerveuse par les antispasmodiques ; l'atonique par les fortifians, etc.

M. Gibert croit aux crises d'Hippocrate ; il croit aussi à une nature médicatrice et il appelle, à plusieurs reprises, la maladie une fonction morbide. C'est dire aussi que, par suite de cette définition, et en thèse générale, il est d'avis qu'on ne doit jamais tourmenter les malades, qu'il faut

savoir jouer le rôle de simple spectateur, compter beaucoup sur les efforts de la nature qu'il appelle sage et prévoyante, reculer et avancer au besoin, et faire enfin de l'hippocratisme : c'est du moins ainsi qu'il comprend cette doctrine. Il cherche aussi à la disculper du reproche qu'on lui a fait, celui de n'être qu'une *lâche méditation de la mort;* ce reproche, assure-t-il, n'est qu'une calomnie, car l'hippocratisme ne saute pas, comme on l'a dit, pardessus l'arsenal thérapeutique; il est actif quand il y a lieu de l'être.

M. Gibert termine en exprimant des regrets que la doctrine dont il vient d'esquisser les principes généraux, n'ait pas, dans ce concours, un défenseur plus habile que lui, M. Cayol; mais, ajoute-t-il, ce candidat a cru devoir se retirer : on le peut toujours sans honte quand, dans un concours où la justice seule devrait prononcer, la coterie se met à sa place et décide de la victoire même avant le commencement du combat : si ce n'est pas là les propres expressions de M. Gibert, c'en est au moins le sens .. Les applaudissemens qui avaient déjà arrêté ce candidat au milieu de sa leçon, ont recommencé de plus belle vers la fin : jamais l'amphithéâtre n'avait retenti de témoignages de satisfaction générale plus sincères et plus bruyans : c'était vraiment de l'enthousiasme.

Pour ce qui nous regarde, nous sommes tout dispensés de faire des réflexions sur la leçon de M. Gibert, encore plus de réfuter : il faudrait en effet, pour cela, des volumes entiers. Sa doctrine est de l'hippocratisme : or, les travaux modernes, quoique en pense ce candidat, ont réduit cette doctrine à sa juste valeur : il en reste à peine quelques pauvres débris, elle est morte, bien et dûment morte; ce n'est plus qu'un cadavre que l'imagination et ses prestiges peuvent embellir, mais jamais ranimer; car le temps des résurrections n'est plus. Ne trouvez-vous pas comme moi, qu'il faut être plus hardi; plus téméraire qu'un novateur, (et pourtant M. Gibert s'est élevé avec tant de force et de fiel contre les novateurs)! pour oser, au dix-neuvième siècle, exhumer des friperies du passé les vieilles erreurs dont le présent a si hautement fait justice? Mais ce n'est probablement pas au sérieux que ce candidat a entendu nous proposer ces principes : ce n'est sans doute qu'un tour de force, qu'un jeu d'esprit, qu'un essai qu'il a voulu faire de l'influence que peut avoir un système d'opposition et de critique habilement développé, sur un public même tout imbu de préventions contraires et fait à d'autres convictions. Du reste, M. Gibert n'est pas aussi radicalement hippocratique qu'il a voulu le faire croire, et en examinant bien sa leçon, il ne serait peut-être pas très-difficile de surprendre, par ci par-là, même en flagrant délit de physiologisme. Oui, il a adroitement passé une couche de vernis encore toute fraîche sur ce système vermoulu que le temps et l'observation ont si profondément usé; mais, n'importe, le fond est connu : encore une fois, il est à tout jamais jugé.

Quoi qu'il en soit, il faut convenir que la leçon de de M. Gibert est la plus remarquable de toutes celles qui ont été faites jusqu'ici. Son élocution est vraiment d'une facilité extraordinaire. Il a mis, dans sa critique de l'école médicale actuelle un mordant, un ascétisme, une vigueur qui expliquent à merveille les applaudissemens qui l'ont interrompu. Il serait difficile, en effet, de soutenir une mauvaise cause avec plus de talent, de verve, je dirai même d'apparences de raison, et puis il manie si adroitement l'arme du sarcasme et de l'ironie! Enfin (et je dis ceci plutôt dans l'intention de faire un compliment qu'un reproche), je ne connais pas d'homme qui brillante un sophisme avec plus de bonheur que lui.

ARNAL.

# JOURNAL

DE

# MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

## A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS.

(JUIN 1833.)

## CONSIDÉRATION

### SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES

### PAR LE CHLORURE DE CHAUX,

### ET

*Sur les moyens d'affermir la cicatrice.— Ulcères vénériens consécutifs.*

La *Gazette médicale* du 30 mars contient l'exposé de la méthode de M. Lisfranc à la Pitié, dans le traitement des ulcères; nous ajouterons ici quelques réflexions sur le même sujet.

Les succès obtenus à l'aide du chlorure d'oxide de sodium dans certains ulcères des extrémités inférieures, sont aujourd'hui assez nombreux pour qu'on admette généralement dans la pratique ce mode de traitement simple et peu dispendieux. Il est fort important de bien graduer le degré de force de la solution employée, pour ne pas dépasser le but qu'on se propose; mais quand on n'a pas de chloromètre à sa disposition, il est aisé d'y suppléer en se rappelant qu'il faut mélanger environ une cuillerée de chlorure pur, avec cinq cuillerées d'eau distillée. On augmente ou on diminue la force de la liqueur suivant l'effet produit.

Nous sommes revenus un grand nombre de fois sur le traitement des ulcères, et sur les divers moyens que semblent adopter de préférence les maîtres de l'art, parce que c'est une maladie de tous les temps et de tous les pays, maladie excessivement commune, et qui fait le désespoir des hommes qui en sont atteints ainsi que de ceux qui les soignent; mais les formes qu'ils revêtent sont si nombreuses, leurs causes sont si variées que nous n'avons fait en quelque sorte qu'ébaucher ce sujet important. Nous nous arrêterons aujourd'hui quelques instans sur une espèce d'ulcère d'une nature particulière, qui la plupart du temps nécessite un traitement spécial et qui, bien qu'on ait dit le contraire, s'offrent souvent à notre observation sans caractère particulier qui puisse nous le faire reconnaître: nous voulons parler de l'ulcère siphilitique.

On dit généralement que les ulcères de nature vénérienne qui apparaissent sur les différentes régions de notre corps sont multiples, ont les bords taillés à pic, le fond grisâtre, qu'ils font éprouver des douleurs la nuit; ces caractères s'observent dans quelques cas, dans beaucoup d'autres les ulcères vénériens ressemblent à ceux qui reconnaissent pour cause un vice dartreux, scrofuleux, scorbutique, etc.; et comme on ne peut alors que soupçonner une vérole consécutive, on est obligé de s'en rapporter aux malades, qui dans presque tous les cas cherchent à nous tromper. Pour preuve des mensonges continuels qu'ils nous font, nous rapporterons les exemples suivans, qui serviront d'ailleurs à constater le bon effet du traitement par l'opium et le sublimé.

Une femme s'est présentée à l'Hôtel-Dieu, au commencement de cette année, pour un gonflement douloureux de l'extrémité inférieure du tibia, un peu au-dessus de l'articulation du pied. L'interrogeant sur les causes de sa maladie, M. Dupuytren lui demanda si elle avait eu des symptômes primitifs de vérole; elle répondit négativement, mais ce chirurgien, en l'examinant, aperçut sur le dos de la main une large plaque s'élevant à une ou deux lignes au-dessus de la peau et offrant dans son milieu plusieurs petites ulcérations à bords taillés à pic et à fond grisâtre. Ce symptôme de siphilis constitutionnelle était si évident, que la femme ne put résister à des preuves si convaincantes; elle avoua enfin, et fut soumise à un traitement mercuriel dont les effet furent sensibles dès les premiers jours.

Une autre femme avait au front une tumeur fort douloureuse, et de plus elle était complétement aveugle. Loin d'aider à éclairer sur les causes de sa malheureuse position, cette malade détournait les soupçons que l'on avait conçus sur la nature de son amaurose; cependant elle fut soumise à un traitement mercuriel; au bout de dix jours, elle commença à apercevoir quelques objets, et sa tumeur frontale devint moins douloureuse. La maladie resta stationnaire pendant quelque temps, mais enfin l'amélioration fit de

nouveau des progrès, et après deux mois de traitement l'amaurose se dissipa. Cette femme sortit de l'hôpital parfaitement rétablie.

A la même époque, deux jeunes filles entrèrent à l'hôpital; l'une avait dix-huit ans, l'autre était âgée de quinze années seulement. Cette dernière n'était venue que pour une légère entorse, qui céda au repos et au régime; elle allait sortir lorsqu'elle se plaignit d'une douleur à l'extrémité du tibia, à deux pouces et demi au-dessus de l'articulation. Cette seule circonstance que les douleurs étaient plus vives la nuit que le jour, fit soupçonner une affection vénérienne; elle nia d'abord faiblement avoir eu des rapports avec des hommes; mais, vaincue par des questions plus pressantes, elle finit par avouer et fut soumise à un traitement mercuriel.

L'autre jeune fille, fraîche, grasse et offrant toutes les apparences de la meilleure santé, était venue, disait-elle, pour une écorchure à la plante du pied; elle offrait entre les orteils de larges ulcérations répandant une odeur excessivement fétide. On sait que l'odeur infecte qui s'exhale des ulcérations vénériennes des orteils est caractéristique jusqu'à un certain point, et est semblable à celle que répandent les parties sexuelles qui sont le siége de cette même affection: elle eut presque suffi pour faire reconnaître le caractère de cette maladie. Après avoir nié quelque temps, cette jeune fille avoua qu'à quinze ans elle avait eu pour la première fois des chancres à la grande lèvre, qu'elle était même allée à l'hopital des vénériens, d'où on l'avait renvoyée au bout de huit jours. Elle offrait, indépendamment de ces ulcères à la plante du pied, des flueurs blanches fort abondantes qui avaient une très-grande analogie avec la blennorrhée.

Nous citons surtout ces faits, qui ne sont pas sans intérêt pour la pratique, pour démontrer à quel point est portée la démoralisation dans les grandes villes, sous quelles formes variées et multiples se montre la syphilis constitutionnelle, et combien il faut ajouter peu de foi aux rapports des malades, alors même qu'ils viennent réclamer nos conseils. Dans la plupart de ces cas, on a agi en quelque sorte au hasard et sur de simples soupçons.

Nous pourrions rappeler d'autres exemples, qui prouveraient également que les circonstances commémoratives et l'aspect de ces ulcères ne sont pas toujours suffisans pour démontrer leur nature; mais lorsqu'il reste des doutes sur leur caractère vénérien, on peut tenter un traitement mercuriel, dont l'action en général est fort prompte. Au bout de huit à dix jours, il y a presque toujours une amélioration telle qu'on ne peut plus mettre en question la nature du mal que l'on a à traiter; cependant les exceptions sont assez nombreuses pour qu'on n'abandonne pas trop promptement ce mode de traitement. Nous avons vu que chez la femme affectée d'amaurose par cause vénérienne, l'amelioration, après avoir été sensible, était restée tout-à-fait stationnaire: chez la jeune fille qui avait ces larges ulcérations sous la plante du pied le traitement général parut d'abord avoir peu d'influence. On cautérisa les surfaces ulcérées avec le nitrate de mercure, et ce moyen ne suffit pas encore pour en amener la cicatrisation. On saupoudra alors les plaies avec de l'alun; ce moyen réussit si bien, qu'en peu de jours il n'en restait aucune trace.

Ces ulcères, que l'on reconnait surtout à leur situation entre les orteils et à la plante du pied, à leur horrible fétidité et au sang qui s'en écoule au moindre exercice, doivent être soigneusement recouverts avec de la charpie ou des bandelettes de linge fin, afin qu'ils ne se trouvent pas en contact, ce qui s'opposerait à leur cicatrisation. Cette précaution est indispensable pour la guérison des ulcères vénériens dans quelques lieux qu'ils se trouvent, et doit surtout être prise pour les chancres rongeurs du prépuce et du gland.

Un autre caractère servant à distinguer ces ulcères vénériens qui surviennent sur différens point de la peau, est la forme qu'ils affectent assez souvent dans leur disposition, et qui représente assez bien un fer à cheval, mais pour que les pustules représentent cette image, il faut que la surface sur laquelle elles se developpent soit large et sans inégalités. Nous avons vu cet hiver, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, un homme qui portait sur l'omoplate une réunion de pustules affectant parfaitement cette disposition; mais dans la salle des femmes il y a dans ce moment une jeune fille qui offre sur les deux malléoles de nombreuses pustules, qui en raison des inégalités des parties sur lesquelles elles sont développées, n'affectent aucune forme particulière. L'histoire de cette fille ressemble d'ailleurs parfaitement à celles que nous avons rapportées plus haut. Elle est entrée, le 23 avril, se plaignant d'avoir éprouvé de violentes douleurs dans la tête; sur la demande qu'on lui a faite, si ces douleurs étaient plus vives la nuit que le jour, elle s'est hâtée de répondre qu'il n'y avait aucune différence, mais elle a ajouté qu'au bout d'un certain temps, il était survenu des pustules sur le front; tout cela, disait-elle, s'est guéri sans le secours de la médecine. Malgré ses dénégations, on était fortement porté à soupçonner l'existence de symptômes syphilitiques, lorsqu'elle nous montra son pied qui était le siége de pustules, dont la nature ne pouvait pas être douteuse: sur chaque malléole de la jambe gauche, il y avait une douzaine de pustules irrégulierement disséminées, à bords taillés, pic et à fond grisâtre. Ces ulcères duraient depuis dix-huit mois, et avaient, disait elle, résisté à tous les moyens; elle assurait, malgré l'évidence des faits, qu'elle avait l'habitude de heurter sa malléole gauche avec le pied droit; mais la nature syphilitique de ces pustules était trop bien démontrée pour qu'on s'arrêtât à ses protestations. M. Dupuytren a prescrit le traitement suivant:

Prendre dès aujourd'hui une tisane de squine et de salsepareille, par demi-tasse, avec une cuilleré de sirop de salsepareille bien préparé.

Le matin, à midi et le soir, à la plus grande distance des repas; une pilule ainsi composée:

Extrait de gaïac, trois grains;
Sublimé corrosif, un huitième de grain;
Extrait gommeux d'opium, un tiers de grain.

Saupoudrer les ulcérations avec du calomel préparé à la vapeur.

---

## OBSERVATION

*Sur les effets d'une violente commotion cérébrale dans une affection aiguë du cerveau.*

M. Martin, officier de santé à Clairoux (Oise), nous adresse l'observation suivante:

L'an dernier j'exerçais la médecine au bourg de Trun, département de l'Orne. Le 26 janvier, au matin, je fus appelé chez un individu nommé Hongre, bourrelier de profession, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin assez caractérisé. Ce malade, après quelques jours de prodrômes, présentait un état qui ne me laissait aucun doute sur l'existence d'une fièvre cérébrale : coloration vive de la face, alternant avec une pâleur momentanée, traits sans expression, craquemens des dents, gémissemens, pulsations larges et fréquentes des carotides, agitations, soubresauts des tendons, sensibilité extrêmement obtuse, pouls dur et fréquent, langue sèche et raccornie, rien ne manquait au cortége des symptômes qui caractérisent cette affection.

Un confrère appelé avant moi avait déjà pratiqué une saignée de la grande saphène. Parfaitement d'accord sur le diagnostic, nous prescrivîmes des sinapismes aux pieds, des vésicatoires aux mollets, des boissons délayantes, etc. Je revis seul le malade le soir, et lui pratiquai une large saignée du bras. J'ordonnai, en outre, une application de dix sangsues derrière chaque apophyse mastoïde. Le lendemain matin, ne trouvant aucun amendement dans les symptômes, nous eûmes de nouveau recours aux émissions sanguines. Le soir, l'état du pouls ne permettant plus de saigner encore, je proposai l'emploi des moyens suivans, qui m'avaient complètement réussi chez un propriétaire de la commune de Grand-Menil, dans un cas de commotion cérébrale : *application d'un large séton à la nuque, ventouses scarifiées sur le crâne et douches sur la même partie avec l'éther.* Ce genre de douches produit un froid aussi intense que brusque, et me semble préférable aux applications réfrigérantes continues, qui ont l'inconvénient de s'opposer à une réaction favorable vers la peau. Pour administrer ces douches, je me sers d'une passoire afin d'élargir le flux du liquide et de le mettre en contact avec la plus grande étendue possible du cuir chevelu, ayant soin de bander les yeux du malade, pour les garantir d'une impression douloureuse.

Les parens consentirent à ce que je proposais : le soir même, je passai le séton, et le lendemain matin j'appliquai trois larges ventouses scarifiées, une sur chaque pariétal et une autre sur l'occiput; je me disposai ensuite à administrer les douches. A cet effet, je fis maintenir le malade et demandai une lumière (l'alcôve étant fort sombre), que je confiai à un des assistans. De même que quand j'avais passé le séton, le malade ne donna presqu'aucun signe de sensibilité lorsque j'appliquai les ventouses, mais lorsqu'il reçut la première douche il exécuta des mouvemens tellement violens, qu'il entraîna vers lui l'aide qui tenait la lumière. La flamme se communiquant à l'éther, dont j'avais employé une demi-livre, envahit aussitôt la tête du malade et tous les assistans, qui heureusement en furent quittes pour la peur, à l'exception du pasteur de l'endroit, qui fut légèrement brûlé au col.

Quant au malade, dont l'état me laissait bien peu d'espoir et qui depuis soixante douze heures n'avait prononcé aucune parole, il s'échappa brusquement du lit, en s'écriant qu'il allait mourir. A cet état d'exaltation, qui dura très-peu de temps, succéda un grand abattement, et nous fûmes obligés de le replacer dans son lit. Au bout d'une demi-heure il prononça quelques paroles incohérentes; peu à peu son jugement se rectifia, le soir il put se confesser, et le lendemain on le leva pour faire son lit. Nous eûmes auprès du feu une conversation très-régulière, et depuis ce moment il entra dans une convalescence qui dura quinze jours et ne fut troublée que par une légère indisposition provenant d'un écart de régime. Je l'ai revu souvent depuis cet accident heureux; il se porte très-bien, et m'a souvent répété qu'il se souvenait parfaitement d'avoir vu les assistans couverts de flammes.

---

## DE LA RESPONSABILITÉ

### DES MÉDECINS DANS L'EXERCICE DE LEUR PROFESSION.

*Faux certificats.—Conseils de révision.*

Le médecin est revêtu d'une sorte de caractère public. Appelé dans des circonstances graves à vérifier des faits, à les apprécier avec les lumières de la science, la loi attache une certaine autorité à ses décisions. Dans plusieurs cas, son opinion enchaîne la justice et la désarme : la faculté de dispenser les citoyens des services publics, que la loi leur impose, lui est généralement attribuée. On conçoit dès lors que le législateur a dû prévoir le cas où l'homme de l'art abuserait de cette confiance soit pour égarer la religion des juges, soit pour soustraire des citoyens aux charges qu'ils doivent supporter.

Mais une distinction importante se place ici. En général, l'homme de l'art ne doit compte à personne des opinions qu'il émet sur les cas de maladie qui lui sont soumis : il n'est responsable des actes de sa profession que devant sa conscience. Ainsi, alors même que la justice le consulte comme expert, qu'il s'agisse d'apprécier soit un cas d'empoisonnement, soit la durée d'une maladie occasionée par des coups ou blessures, soit l'état de démence d'un accusé, l'avis qu'il énonce n'appelle sur sa tête aucune responsabilité. Si la justice se défie de ses lumières ou de sa sincérité, elle peut entendre d'autres médecins. Et en effet il est bien difficile de discerner si une opinion, quelque fausse qu'elle puisse être, est le résultat d'une intention criminelle, ou de l'erreur et de l'ignorance. Or, en droit pénal, l'intention criminelle, la fraude peut seule être passible d'une peine. La loi a donc dû limiter l'application de cette peine au cas où il s'agit de constater avec précision un fait matériel, patent, qui existe ou qui n'existe pas. Tel est le cas où l'homme de l'art est appelé à délivrer un certificat de maladie. Il ne s'agit pas alors d'apprécier la nature et la gravité de cette infirmité, de cette maladie, mais de certifier l'existence du fait de cette maladie, de cette infirmité. La vérification de la vérité, ou de la fausseté de cette assertion, peut donc, jusqu'à un certain point tomber dans le domaine du juge.

Tel est le but de l'art. 160 du Code pénal qui est ainsi conçu : « Tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans. — S'il y a été mu par dons ou promesses, il sera puni

du bannissement : les corrupteurs seront en ce cas punis de la même peine. » L'application de cette disposition pénale peut donner lieu à plusieurs observations.

D'abord, il est évident que la responsabilité qu'elle établit sera presque toujours illusoire. En effet, il ne s'agit pas ici de prouver un faux *matériel*, mais bien un faux *intellectuel*. Or, en supposant l'existence de ce faux, comment parvenir à en établir la preuve ? On ne peut supposer que l'auteur du faux certificat ait été assez absurde pour certifier l'existence d'une maladie externe ou d'une infirmité qui n'existe pas. Or, s'il certifie l'existence d'une maladie interne, comment prouver qu'il a attesté un fait absolument faux ? Ne pourra-t-on pas présumer soit qu'il a été trompé lui-même par les apparences, soit qu'il a mal apprécié l'état de la personne ? Ce n'est donc que dans le cas où le fait de maladie attesté serait évidemment faux, cas qui se présentera rarement, que la disposition de l'art. 160 sera applicable.

Cet article a d'ailleurs des limites qu'il importe de connaître. Il se compose de deux paragraphes qui se rapportent à deux faits tout-à-fait distincts : à savoir le faux certificat, délivré par complaisance et non par corruption, et le même fait quand il est le fruit de la corruption. D'après le premier cas, la délivrance du certificat n'est qu'un acte de faiblesse, que la loi a rangé au nombre des simples délits en le punissant d'emprisonnement. Dans le deuxième cas, les dons reçus pour délivrer le certificat donnent à cet acte le caractère de crime ; la loi l'a puni de la peine infamante du bannissement. Nous remarquerons en passant que les corrupteurs sont punis de la même peine, ce qui doit contribuer à rendre cette disposition du Code pénal illusoire, puisque ce sont les seuls témoins du crime et qu'ils ont intérêt à le taire.

Cette distinction posée, les circonstances constitutives du simple délit sont au nombre de trois ; il est nécessaire pour que le médecin qui a délivré le certificat puisse être l'objet d'une poursuite : 1° que le fait de maladie attesté *n'existe pas ;* 2° que cette maladie *fut propre à dispenser d'un service public ;* 3° qu'elle a pour but cette dispense. Ces trois conditions sont également essentielles à l'existence du délit. Ainsi, si le certificat n'avait pas pour but l'*exemption*, il ne serait pas délivré *pour favoriser quelqu'un*, et vainement on y chercherait la fraude nécessaire pour constituer le délit. Il en serait de même si la maladie existait, quoique non à un degré assez grave pour empêcher le service ; car l'opinion du médecin est alors une fausse appréciation d'un fait, mais non la constitution d'un fait faux. Enfin la loi pénale n'a eu pour but que d'assurer les *services publics* et de prévenir les fausses dispenses qui pourraient les compromettre. Tout certificat qui n'aurait pas pour but la dispense d'un *service public* serait donc à l'abri de toutes poursuites. Nous en citerons quelques exemples. L'art. 236 du Code civil impose au mari, demandeur en divorce, l'obligation de déposer sa demande en personne au président du tribunal, à moins qu'il ne fournisse un certificat de deux docteurs ou officiers de santé qui constate qu'il en est empêché par maladie. L'art. 5 du décret du 18 juin 1811 dispose, dans un autre cas, que les accusés voyageront à pied, à moins qu'un certificat de médecin ou de chirurgien n'établisse l'impossibilité où ils se trouvent de voyager de cette manière ; or, dans l'un et l'autre de ces cas, il ne s'agit point d'un service public. Le certificat qui attesterait faussement une maladie dans ces deux espèces, n'entraînerait donc aucune peine contre son auteur.

Les mêmes conditions existent pour constituer le crime prévu par le deuxième paragraphe de l'art. 160. Mais il est de plus nécessaire que le médecin ou l'officier de santé ait été mu *par dons ou promesses ;* il faut donc constater que des dons ont été *reçus* ou des promesses *agréées* en vue du certificat. Au reste, il ne suffirait pas que de simples honoraires eussent été payés à l'occasion du certificat pour que le fait cessât d'être un simple délit. Il est évident que ces honoraires ne constituent point les *dons* essentiels pour faire présumer la corruption.

Au nombre des *services publics* dont parle l'art. 160 du Code pénal, on doit compter le service du jury, celui du recrutement et celui de la garde nationale ; mais il est douteux qu'on doive y comprendre l'audition des *témoins* qui sont appelés devant les tribunaux criminels. En effet, les témoignages, même en matière criminelle, ne sont point proprement un service public ; et, d'ailleurs, une disposition spéciale du Code d'Instruction criminelle punit les médecins ou officiers de santé qui auraient faussement certifié l'impossibilité où se trouverait un témoin d'obéir à une citation de justice. L'art. 86 de ce Code donne au juge le droit de décerner un mandat de dépôt contre l'auteur du certificat, et de le condamner à une amende qui ne peut excéder cent francs.

Il paraît naturel de comprendre dans la classe des certificats l'*avis* que les médecins, chirurgiens et officiers de santé, appelés au conseil de révision, donnent sur la santé des jeunes gens amenés par la loi du recrutement, à faire partie de l'armée.

Quelques dissentimens s'étaient élevés dans les tribunaux sur la peine que doit encourir le médecin qui, nommé par le préfet pour concourir aux opérations du conseil de révision, reçoit des pères de famille des sommes d'argent plus ou moins considérables, sous la promesse de faire réformer leurs fils par le conseil. La cour de cassation, par une interprétation rigoureuse, avait considéré le médecin nommé pour concourir aux opérations du conseil, comme un fonctionnaire public, et lui avait appliqué, en cas de corruption, la peine infamante de l'ancien art. 177 du Code pénal. (Arrêt du 26 décembre 1829.) La loi du 21 mars 1832, sur le recrutement de l'armée, a adopté cette interprétation, mais en diminuant la peine. L'art. 45 de cette loi porte que les médecins, chirurgiens ou officiers de santé, qui, appelés au conseil de révision à l'effet de donner leur avis, auront reçu des dons ou agréé des promesses pour être favorables aux jeunes gens qu'ils doivent examiner, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans. Cette peine doit leur être appliquée soit qu'au moment des dons ou promesses ils aient déjà été désignés pour assister au conseil, soit que les dons ou promesses aient été agréés dans la prévoyance des fonctions qu'ils auraient à y remplir. Il leur est défendu, sous les mêmes peines, de rien recevoir même pour une réforme justement prononcée.

Nous continuerons d'examiner dans un prochain article les crimes et les délits dont un homme de l'art peut se rendre coupable dans l'exercice de sa profession.

F. H.

# GAZETTE MÉDICALE

# DE PARIS.

MAI, 1833.

GAZETTE DU 4. N° 45.

## ÉPIDÉMIES.

### Recherches sur la grippe de l'Europe et celle de Paris.

La grippe n'est pas une maladie nouvelle. Elle a paru en Europe sous la forme épidémique quatre fois dans le cours du 18e siècle. Mais depuis 1782, on n'en avait plus entendu parler si ce n'est comme d'une affection sporadique, devenant par hasard plus commune dans certaines localités, sans acquérir assez de force pour faire irruption sur une grande surface. Elle s'est réveillée en 1830 avec le caractère épidémique, et a voyagé de nouveau à travers l'Europe, servant de prélude au choléra partout où cette affection s'est montrée. La même épidémie vient d'éclater encore dans ces pays après la retraite du choléra. Au moment où nous parlons, elle couvre la plupart des contrées qu'elle avait frappées en 1830 et 1831. Préoccupés par la pensée de l'affection cholérique, on s'est mis peu en peine d'une maladie aussi bénigne que la grippe. Il en résulte une véritable lacune dans l'histoire des affections populaires. C'est cette lacune que nous venons combler en offrant le tableau sommaire de tout ce que l'expérience nous a appris de la nature et du traitement de celle-ci. Essayons d'abord de faire le compte exact de ses excursions.

La première apparition de la grippe à Paris date de la fin de l'année 1729 et du commencement de 1730. Elle prit dès lors la forme de coryzas, de bronchites, attaquant indistinctement les personnes de toute condition et de tout âge. Les symptômes de la pleurésie et de la pneumonie l'accompagnèrent plus rarement, quoiqu'ils réguassent aussi sous son influence. Elle envahit comme à present le reste de la France, franchit les Alpes et les Pyrénées, traversa le Rhin, en un mot, se répandit sur tous les points de l'Europe, en France, en Allemagne, en Russie, dans l'Espagne et en Italie. Il est même certain qu'elle ne se borna pas à ravager l'Europe; une lettre de l'île de Bourbon écrite à Réaumur par Cossigny, correspondant de l'Académie de Paris, apprend que dès la fin de 1732 tous les habitans de l'île étaient attaqués de rhumes analogues à ceux de Paris en 1729 et 1730.

Cette épidémie se relâcha en Europe pendant l'été de 1730 et pendant le cours de 1731; mais elle reparut à Paris et ailleurs avec le cortége de ses phénomènes dès la fin de 1732 et dans les premiers mois de 1733. La première invasion de cette affection est connue par les auteurs français sous le nom de *follette* ou d'*Allure*. De 1733 à 1743 elle se réduisit au caractère des affections sporadiques. L'année 1743 elle redevint épidémique pour la seconde fois, et fit de nouveau le tour de l'Europe. Alors seulement elle reçut le nom de grippe. La troisième invasion épidémique eut lieu en 1775; la dernière avant celle de 1830 fut celle de 1782 : celle-ci descendit manifestement du nord. Elle éclata à Pétersbourg et se répandit avec une prodigieuse activité en Suède, en Danemarck, en Autriche, en Prusse, en Allemagne, et presque simultanément en France, en Italie, en Espagne. On l'appela indifféremment maladie russe, influence ou grippe. Sa cause apparente consiste, d'après les observateurs, dans un énorme changement de la température qui eut lieu subitement en une seule nuit, le 2 janvier 1782, à Pétersbourg. En effet, le thermomètre qui jusqu'alors s'était soutenu à 35 degrés au-dessous de zéro, s'éleva brusquement dans cette nuit à 5 degrés : c'est-à-dire qu'en quelques heures l'impression d'une température aussi rigoureuse que celle de 35° au-dessous de zéro fut remplacée par l'impression d'une température supérieure de 30 degrés. Le jour de cette étonnante mutation de l'air, 40,000 personnes de Pétersbourg furent atteintes de la maladie. Mertens, qui cite ces résultats, ajoute que, malgré le grand nombre de troupes alors en garnison à Pétersbourg, on put à peine trouver assez de soldats dispos pour faire le service de la ville. Les personnes de la cour ne furent pas exemptes de l'influence de l'épidémie; toutefois, peu de malades succombèrent. La maladie ne les retenait même au lit que pendant quelques jours. La seule chose remarquable, c'est que les convalescences en étaient très-lentes et très-difficiles.

Tel est le résumé rapide des invasions successives de la grippe, en Europe, avant l'époque actuelle. Celles dont nous sommes les témoins remontent aux

années 1830 et 1831. On sait qu'il y a peu de pays de cette partie de notre continent qui n'aient souffert plus ou moins de cette épidémie. Pour ne nous arrêter qu'aux principales villes affectées, Moscou, Pétersbourg, l'ont essuyée en 1830 pendant plusieurs mois de suite. Le nombre des symptômes qui la caractérisent a été si multiplié que peu de personnes ont pu s'y soustraire. De la Russie, elle a gagné l'Autriche et l'Allemagne, ensuite l'Angleterre et la France. C'est ainsi que Vienne, Berlin, Londres et Paris l'ont éprouvée à leur tour, et cela seulement dans l'intervalle de moins d'une année. Une particularité qui a frappé tous les observateurs, c'est que partout où elle s'est montrée, le choléra l'a suivie de près; comme s'il y avait réellement un lien de causalité entre ces deux sortes de maladies. La grippe, en cédant la place au choléra, semblait avoir abandonné les lieux qu'elle avait envahis, quand des nouvelles venues depuis deux mois du centre de la Russie nous ont annoncé que cette affection venait de renaître à Pétersbourg et en divers endroits de la Russie d'Europe. Au moment où nous parlons elle y règne encore avec activité. En 1833, pas plus qu'en 1830, elle ne s'est renfermée dans les pays du nord. Des témoignages authentiques confirment qu'elle continue ses progrès de la Russie à l'Autriche, à l'Allemagne, à l'Angleterre et à la France. En effet, elle s'est montrée de nouveau à Berlin et à Londres, il y a un mois, et des nouvelles récentes de l'Autriche nous apprennent que Vienne en est encore actuellement attaquée; enfin, tous les praticiens de Paris peuvent se convaincre qu'elle se voit en ce moment sur tous les points de notre capitale. Nous n'avons pas à rechercher les rapports qui peuvent unir la grippe avec le choléra, ni à discuter préalablement s'il existe ou non des rapports entre ces deux épidémies. Toutefois nous ne voulons pas nous dispenser de détruire en passant les appréhensions du retour du choléra, qui se fonderaient sur le retour de la grippe. La grippe, en effet, n'est pas liée au choléra de sorte que sa présence soit le gage assuré de la récidive du choléra épidémique. On a vu par le coup d'œil historique précédent sur les diverses invasions de la grippe, que cette affection est indépendante de l'autre, puisqu'elle a régné dans des temps où il n'était pas question de choléra. D'ailleurs, en étudiant la nature respective de ces deux épidémies, il est impossible de leur trouver aucune ressemblance. D'après cela, il est assez prouvé que la simultanéité de ces deux affections en Europe est une simple coïncidence, comme on en rencontre quelquefois entre plusieurs espèces d'épidémies.

C'est dans cette opinion que, sans nous occuper du choléra, nous allons fixer notre attention sur les caractères de la grippe. Considérée en masse et par abstraction de chaque cas isolé, nous sommes frappés de l'universalité de sa domination et de sa marche progressive du nord-est vers le sud-ouest. Une ligne oblique qui partirait des bords de la Baltique en s'étendant jusqu'au détroit de Gibraltar, indiquerait parfaitement la direction du mouvement général de la grippe. On ne saurait dire, et nous ne voulons pas rechercher, à quoi tiennent les particularités de sa route; mais le fait est constant que les maladies épidémiques du genre de la grippe nous viennent toujours par le nord, d'où elles tournent de l'est à l'ouest, conformément au cours ordinaire des masses planétaires et de la plupart des grands phénomènes cosmiques. A ces observations, si nous ajoutons l'immense généralisation de la grippe, sans acception de personnes ou de tempéramens, sa propagation à une foule de climats divers, habités par autant d'espèces de peuples, nous conviendrons que la cause de cette affection jouit d'une action aussi profonde qu'elle est étendue, ou, en d'autres termes, nous reconnaîtrons que la grippe, prise dans son ensemble, rappelle tous les traits de véritables épidémies. Maintenant, si nous nous élevons jusqu'à la cause de la grippe, nous en trouvons une suffisante dans les perturbations atmosphériques dont l'Europe entière a été travaillée pendant plusieurs années. Depuis l'hiver de 1829 à 1830, hiver également rigoureux dans tous les pays de cet ancien continent, les rapports météorologiques qui nous sont parvenus témoignent de l'extrême irrégularité de l'air par les transitions brusques des excès contraires de la température. Cette cause est suffisante, disons-nous, puisqu'elle a agi plus ou moins sur tout le monde, et qu'elle a été profonde et surtout continue. En rapprochant les conditions atmosphériques auxquelles nous croyons devoir attribuer la grippe que nous éprouvons de celles qui ont précédé la même affection dans le siècle dernier, l'analogie ne laisse rien à désirer. On se souvient de ce que nous avons dit à ce sujet de la grippe de 1782, on en dirait autant des accès antérieurs de cette même épidémie; de sorte qu'on ne peut douter que la présence bien constatée des mêmes causes n'ait déterminé la grippe de 1830 et 31 comme celle de 1833.

Nous venons de faire un premier pas dans la connaissance de la grippe en découvrant que c'est une affection épidémique, et qu'elle dépend de vicissitudes longues et puissantes de l'atmosphère. Il n'est pas indifférent de savoir qu'une affection populaire tire sa source de causes énergiques et durables. Par cette idée, en effet, nous sommes déjà détournés de la pensée que nous avons sous les yeux une maladie purement locale: la notion de la localisation des maladies ne pouvant guère s'allier avec les preuves d'une action profonde et prolongée de la part de leurs causes. D'après cela, nous sommes sur la voie de reconnaître que la grippe ne s'est pas bornée à affecter seulement telle ou telle partie isolée de l'organisme, mais que l'économie entière a été radicalement modifiée par elle. Nous reprendrons plus tard cette vérité. En attendant, continuons à développer les caractères de cette affection.

La grippe de 1830 et 1831 n'a présenté aucune espèce de danger. Celle de 1833 ne semble pas en offrir davantage. La plupart des personnes qui en ont été atteintes l'ont subie, sinon sans y penser, au moins sans autre inconvénient que celui d'un simple rhume ou d'un mal-être passager, comme celui qu'on éprouve après une courbature générale; peu de malades ont succombé, excepté ceux que les progrès d'une phthisie, par exemple, poussaient déjà rapidement vers le terme fatal avant l'arrivée de la grippe. Toutefois, cette bénignité générale a présenté à Berlin une autre exception bien plus remarquable. Les relevés statistiques de la mortalité de cette capitale ont fait reconnaître qu'à peu de différence près, la grippe y a enlevé en 1831 presque autant de malades que le choléra; l'avantage, à cet égard, se trouve encore du côté de cette dernière épidémie, puisque, après le compte fait, on a constaté pendant le règne de la grippe, toutes choses égales, deux décès de plus que dans le temps où le choléra était à son apogée. En voici la preuve. Dans le temps de la grippe, il est mort, terme moyen,

308 personnes par deux semaines, c'est aussi 308 personnes que le choléra, à son summum, a fait périr pendant le même intervalle. Ensuite, la mortalité extraordinaire de Berlin sous l'influence de la grippe a été de 254, tandis que la mortalité extraordinaire sous le choléra n'a atteint que 252. A Paris, comme ailleurs, le chiffre de la mortalité hebdomadaire n'a pas beaucoup grossi par l'effet de la grippe; car, au bout de l'année 1831, le résultat des décès annuels a été le même qu'à la suite des années communes.

La durée de la grippe a été fort courte dans chaque pays. A Berlin elle a disparu après deux semaines; elle s'est prolongée pendant environ deux mois à Moscou et à Pétersbourg, et à peu près pendant quarante jours à Londres et à Vienne. A Paris, enfin, elle a éclaté dès les mois de janvier et février 1831, et elle est arrivée, en subissant diverses transformations, jusqu'à la fin de la même année. Ainsi, en supposant exactes les supputations du temps de la durée de la grippe, c'est à Paris qu'elle aurait fait le plus long séjour. Les phénomènes généraux de la grippe sont partout semblables. Tous les cas de cette affection semblent formés sur le même modèle; tous ont offert les témoignages d'une irritation générale des muqueuses, depuis la conjonctive jusqu'à la tunique du rectum et de l'urètre. Chez tous, la surface extérieure, dont les rapports avec la muqueuse sont si intimes, a été le théâtre de phénomènes particuliers; par les sympathies de ces deux tissus, le système nerveux d'un côté, le système sanguin de l'autre, ont pris part à l'appareil des symptômes de la grippe; en outre, les lésions de ces divers systèmes ont réagi naturellement sur les fonctions de sécrétion ou d'élaboration des humeurs qui leur sont confiées, de sorte qu'on ne peut s'empêcher de convenir que dans cette affection tous les organes ont été lésés, toutes les humeurs altérées, toutes les fonctions plus ou moins perverties : nouvelle preuve que la grippe n'est rien moins qu'une affection locale.

Si de la considération des phénomènes généraux de la grippe nous passons au détail de ses phénomènes particuliers, nous y trouverons presque autant de diversités qu'il existe de sujets sur lesquels elle s'est exercée. Les uns, et c'est le plus grand nombre, ont éprouvé une bronchite, d'autres une hémoptysie ou une simple hémicranie, quelques-uns des coliques, ceux-ci n'ont eu qu'une coryza ou une sciatique, ou bien un rhumatisme. A travers ces nuances, tous étaient frappés par des symptômes généraux uniformes : ainsi tous les malades ont eu les traits retirés, contractés ou amaigris, en un mot, la face grippée; avec cela ils ressentaient des horripilations au moindre mouvement, entrecoupées de bouffées de chaleur, un brisement des membres et comme des douleurs contusives sur toute la surface du corps. Les plus malades ont été saisis d'une vraie fièvre, accompagnée de l'exacerbation des autres symptômes. Cette fièvre débutait et avait ses paroxysmes le soir; elle se composait essentiellement de frissons irréguliers et de feux aussi vagues; elle reprenait à l'entrée de la nuit pour cesser ou pour s'amender dans la matinée après une douce sueur, comme si elle participait de la nature des fièvres intermittentes. Elle ne cessait jamais entièrement que par le secours d'une douce et abondante transpiration. Avec la fièvre, l'engorgement des muqueuses nasales et bronchiques, qui caractérise la coryza et le rhume, suivait leurs cours ordinaires, c'est-à-dire qu'il passait de cette période, connue sous le nom d'irritation, dans laquelle la muqueuse aride et brûlante n'exhale qu'une sérosité limpide et corrosive, à cette autre période appelée de détente ou de coction, pendant laquelle le mucus plus lié, plus épais et plus doux témoigne des progrès de l'élaboration opérée par la surface exhalante et de la tendance à la résolution de l'irritation qui l'avait affectée.

Dans les cas les plus graves, nonobstant les symptômes précédens, tels que la fièvre, l'irritation et l'engorgement des muqueuses, etc., un point d'irritation se déclarait dans un organe du premier ordre; tantôt la plèvre ou le poumon, tantôt le péritoine ou les méninges, tantôt le larynx ou la gorge. Alors paraissait l'appareil symptomatique propre à la pleurésie ou à la pneumonie, à la péritonite ou à la méningite, ou bien à l'angine ou au croup. L'élévation de ces phénomènes locaux a pu en imposer au point de les faire regarder comme des affections essentielles : cependant leur union aux autres phénomènes de l'épidémie, leur subordination à ces derniers devait toujours épargner cette méprise. De fait, il n'y avait aucune différence entre ces pleurésies ou pneumonies et les simples bronchites, si ce n'est celle de la partie affectée. Toutes ces affections appartenaient à la même famille, toutes tenaient de la nature de la grippe. La preuve c'est qu'elles étaient produites par les mêmes causes, qu'elles procédaient de la même manière et se traitaient aussi suivant les mêmes principes. C'est donc à tort que certains médecins, méconnaissant la filiation de ces diverses formes pathologiques, et les regardant comme des maladies essentielles, voudraient ne voir dans la grippe qu'une simple bronchite. Ils ne sont pas plus autorisés à prendre pour base de la dénomination de cette épidémie le nom de l'un des siéges affectés qu'on ne serait reçu à qualifier, par exemple, d'angine ou de gastrite essentielle les symptômes de la goutte, quand ils se détournent sur l'estomac ou sur la gorge. Les réflexions qui précèdent s'appliquent à la recrudescence de grippe à laquelle nous nous trouvons livrés. La différence entre cette affection et celle que nous avons ressentie en 1831 est absolument nulle; nous ajoutons que l'une et l'autre ressemblent identiquement aux accès de grippe dont nous avons rappelé les histoires, de sorte que, s'il existe une affection dont tous les phénomènes sont constamment semblables, à quelque époque qu'elle se montre, dans quelque pays où on l'observe, et malgré la diversité des personnes qui en sont affectées, c'est sans contredit la grippe. C'est ce caractère d'invariabilité qui nous oblige à lui reconnaître une cause constante et fixe, telle qu'elle se rencontre dans toutes maladies essentielles. La grippe est donc une affection épidémique essentielle, portant les traits des affections catarrhales, susceptible comme elles de prendre mille formes, mais conservant au fond une nature identique.

La thérapeutique de la grippe ne présente aucune difficulté. Souvent elle se dissipe toute seule. Dans les circonstances graves, les émissions sanguines locales et générales contribuent à la faire cesser. Le plus souvent, des émolliens, des adoucissans, la chaleur du lit, et particulièrement l'usage des narcotiques doux, font tous les frais de son traitement. S'il arrive que les symptômes d'irritation locale persistent après la cessation du trouble fébrile, rien ne réussit mieux à les enlever que les épispastiques,

surtout le vésicatoire. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet, puisque le traitement de la grippe ne diffère en rien de celui que l'expérience a consacré pour la cure des affections catarrhales.

En résumé, la grippe actuelle est du même genre que celle qui a parcouru l'Europe en 1830 et 1831; elle ne diffère pas non plus des diverses invasions de grippe du dix-huitième siècle, elle constitue une affection générale et indépendante, produite par de longues et fortes vicissitudes atmosphériques; elle se présente avec les phénomènes propres aux affections catarrhales; elle se traite enfin par la méthode usitée contre ces affections. La différence unique qui l'en distingue, c'est que celles-ci sont ordinairement sporadiques, tandis que la grippe a le privilège de s'étendre au loin en vertu de son génie épidémique.

## MÉDECINE OPÉRATOIRE.

### Du cathétérisme exploratif considéré spécialement sous le rapport de l'opération du broiement; par M. Leroy d'Etiolles.

(Suite. Voir Encycl., tome VIII.)

Lorsque l'on pratique le cathétérisme dans le but de donner issue à l'urine, et que l'urètre n'est pas rétréci, la forme et la courbure de la sonde sont d'une médiocre importance, car toutes pénètrent, depuis la droite jusqu'à celle en S romaine. Entre ces deux extrêmes chaque praticien adopte une forme qui lui devient familière; mais s'il s'agit de reconnaître la présence d'une pierre dans la vessie, la courbure de la sonde n'est plus chose indifférente: lorsqu'elle est très-prononcée, les mouvemens de l'instrument dans la vessie sont bornés, on ne peut en incliner le bec à droite et à gauche, à plus forte raison l'on ne peut le porter dans le bas fond, et la pierre n'est touchée que par la convexité de la courbure, c'est-à-dire par une portion de la sonde qui ne permet pas d'apprécier le volume et la forme du calcul; si la vessie est profonde, et c'est ordinairement ce qui a lieu par suite de la tuméfaction de la prostate qui très-souvent accompagne la pierre, si le bas fond est fortement déprimé, si le calcul est placé dans l'une des parties latérales de cet organe, il y a des chances pour qu'il ne soit pas senti, car une sonde à grande courbure ne peut atteindre dans ces divers points de la vessie; il faut donc pour pratiquer convenablement le cathétérisme exploratif que la courbure de l'algalie soit courte et brusque. Tolet avait vu et démontré par l'expérience de quel avantage est une sonde à courte courbure pour explorer la vessie; mais il en fut de ce sage précepte comme de beaucoup d'autres choses utiles qui tombent si complétement dans l'oubli, qu'il leur faut être inventées de nouveau pour revoir le jour.

Desault enseignait que les sondes ordinaires suffisent pour explorer la vessie: « les vrais praticiens, lisons-nous dans Bichat, n'emploient que des algalies ordinaires et jamais ils ne se méprennent sur le contact de la pierre. » Nous avons vu en effet la plupart des chirurgiens sortis de l'école de Desault se servir pour la recherche de la pierre des sondes fortement courbées avec lesquelles on pratique le cathétérisme évacuatif: mais c'était là une fausse application des paroles du maître, car les sondes dont il faisait usage étaient presque droites et ne présentaient qu'une courbure courte et peu prononcée.

Deschamps conseille de faire usage d'une sonde en S pour découvrir plus facilement les calculs situés au bas fond de la vessie; la courbure de cette sonde, en plongeant dans cette partie de l'organe, peut bien quelquefois faire sentir des calculs au-dessus desquels aurait passé une autre sonde si le bas fond était très-déprimé; mais ce ne serait que par la convexité de la courbure que l'on pourrait les toucher, et l'on ne pourrait ainsi acquérir de notion sur leur volume, tandis que le bec de la sonde exploratrice à petite courbure porté dans la partie la plus déclive de la vessie fera sentir plus distinctement le calcul, et donnera le moyen d'en apprécier le volume.

Pour remplir d'une manière convenable le but auquel on la destine, une sonde exploratrice doit être courbée suivant un angle de 45° au moins, la longueur de la partie courbe ne dépassera pas 17 à 18 lignes. (V. fig. 10.)

Deux autres dispositions moins indispensables que celles-ci peuvent contribuer à rendre une sonde commode. Ce sont un robinet pour retenir le liquide et le laisser échapper à volonté; une boîte à liége *a* pour recevoir la canule de la seringue destinée à faire l'injection. Ces dispositions se trouvent dans la sonde que M. Heurteloup a désignée sous le nom de recto-curviligne, dénomination vicieuse en ce qu'elle peut convenir à toutes les sondes, à l'exception de celle en S romaine, puisque toutes sont formées d'une partie droite et d'une partie courbe; cette sonde, je l'appelle seulement exploratrice.

On aurait tort de ne pas faire usage, pour découvrir la présence d'une pierre dans la vessie, de toutes les ressources qui sont à la disposition du chirurgien; car si, dans la plupart des cas, il est facile de sentir les corps étrangers que contient cet organe, il arrive parfois qu'ils échappent à des recherches multipliées. Il y a des circonstances dans lesquelles on s'explique pourquoi le calcul n'a pas été senti ou n'a pu l'être qu'après plusieurs recherches vaines. Ainsi, lorsque cette concrétion est enchatonnée, et qu'elle ne se montre à nu dans la vessie que par un point très-peu étendu, lorsqu'elle est contenue dans un kyste (Tornamira, Meckel), il n'est point extraordinaire que la sonde ne puisse la découvrir, ou qu'elle ne la fasse sentir que d'une manière fugace et incertaine; il arrive même qu'après la taille on ne retrouve plus ces calculs dont la sonde avait démontré l'existence d'une manière assez distincte pour déterminer à pratiquer cette opération.

L'un des faits les plus remarquables de ce genre est relaté par Schenkins. Un homme, éprouvant tous les symptômes de la pierre, fut taillé, sa vessie ouverte, on ne trouva point de corps étranger; il mourut peu de jours après, et l'on découvrit trente-deux calculs contenus chacun dans un kyste particulier.

M. Belmas, dans son Traité de la cystotomie sus-pubienne, rapporte un fait du même genre, moins extraordinaire peut-être à cause du moindre nombre de pierres, mais cependant très remarquable. Un médecin de la ville de Sens éprouvait tous les symptômes de la pierre. MM. Dubois et Béclard ayant reconnu la présence de ce corps, M. Souberbielle ouvrit la vessie par l'appareil latéralisé, mais

toutes ses recherches pour trouver le calcul furent inutiles. Persuadé cependant qu'il en existait un, l'opérateur fit beaucoup d'instances pour que le malade permît que l'on pratiquât la taille sus-pubienne ; il s'y refusa, retourna chez lui, continua de souffrir et mourut. L'on trouva à l'autopsie un calcul du poids de près de deux onces, adhérent à la muqueuse ulcérée du sommet de la vessie. Un fait semblable se trouve rapporté dans une Dissertation sur la pierre, p. 44. Paris, 1736.

La vessie peut être séparée par des cloisons en plusieurs cavités, dans lesquelles se développent des calculs inaccessibles à la sonde. Ce corps peut être contenu dans une portion de la poche urinaire, formant hernie. Il peut être recouvert et retenu par des fongosités, à la formation desquelles il a lui-même donné lieu en ulcérant le point de la muqueuse avec lequel il se trouvait habituellement en contact; ou bien enfin, et c'est là ce qui a lieu le plus fréquemment, les calculs peuvent être fixés dans une cellule formée par l'écartement des fibres musculaires, ayant pour enveloppe extérieure les membranes muqueuse et celluleuse qu'ils refoulent en se développant.

Aux exemples de pierres enchatonnées qui n'ont pu être retirées par l'opération de la taille, je joindrai un fait nouveau, dans lequel nous trouverons en outre, sous le rapport de la lithotripsie, plusieurs enseignemens utiles : comme d'ailleurs il a été l'objet d'une discussion, il n'est pas inutile que je fasse connaître ce que j'ai été à même d'en savoir. Voici comment cette observation est rapportée par M. le docteur Paillard dans le compte rendu de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Obs. I. — M. R.., conseiller à la cour de cassation, était atteint depuis plusieurs années de la pierre. Soumis au cathétérisme, on reconnut cette maladie, et il fut décidé qu'on aurait recours à la lithotritie pour l'en débarrasser. Elle fut employée à quatre reprises différentes. L'opérateur se croyant certain d'avoir saisi le calcul fit la manœuvre du broiement dans chaque séance. La lenteur du traitement, les douleurs et les fatigues qu'il causait au malade, le déterminèrent à l'abandonner. M. Leroy ayant été consulté, ne jugea pas, après avoir sondé le malade, que la lithotritie fût applicable. M. R... sollicita alors vivement M. Dupuytren de lui pratiquer l'opération de la pierre. Ce professeur lui conseilla de garder son calcul et de se borner à des moyens adoucissans; car il existait une paraplégie et un œdème des membres inférieurs. Le malade persistant, malgré ces conseils, dans la résolution de se faire tailler, M. Dupuytren l'opéra par la méthode bilatérale. Deux calculs furent extraits : l'un était du volume de la grosse phalange du pouce; l'autre était beaucoup plus considérable. Cette extraction faite, M. Dupuytren explora la vessie dans tous ses points avec le bouton. Cette exploration fut faite aussi par plusieurs personnes qui assistaient à l'opération, entre autres par M. Leroy d'Etiolles; aucun autre calcul ne fut senti. Le malade succomba sept jours après l'opération. La vessie présentait sept cellules assez vastes; dans l'une d'elles se trouvait un calcul du volume d'une grosse noix. Cette cellule présentait une ouverture étroite par laquelle le calcul faisait une très-légère saillie. A partir de cette espèce de collet tracé sur la pierre, qui semblait comme étranglée, la cavité allait ensuite en s'agrandissant, et le calcul, du volume d'une grosse noix, se moulait exactement sur elle, mais ne lui adhérait pas. Il n'y avait point de pierres dans les autres cellules nombreuses que présentait la vessie. Cette pièce est déposée dans le musée d'anatomie pathologique de l'Hôtel-Dieu.

Lors de l'extraction des calculs, on remarqua avec beaucoup d'étonnement que les deux calculs qui avaient dû être saisis par les intrumens lithotriteurs, puisque l'opérateur avait fait la manœuvre du broiement, ne présentaient ni l'un ni l'autre la plus légère trace de l'action des instrumens. Tout porte donc à croire que les manœuvres du broiement avaient été exercées sur rien, c'est-à-dire dans le vide.

(Journal hebdomadaire, 19 septembre 1829.)

M. Civiale rapporte ce fait d'une autre façon.

Je fus appelé, dit-il auprès de M. R...., conseiller à la cour de cassation. Ce vieillard, calculeux depuis long-temps, était dans des conditions telles que l'opération présentait bien peu de chances de succès. Je m'assurai que la vessie contenait plusieurs calculs : l'un d'eux fut saisi et écrasé, une partie des fragmens extraits dans la pince et le reste rendu ensuite avec l'urine. Cette première tentative ne fut ni très-douloureuse ni difficile, et ne donna lieu à aucun accident grave, ce qui nous engagea à recommencer quatre jours après. Le résultat de cette seconde tentative fut satisfaisant sous le rapport de la manœuvre ; un autre calcul fut saisi, écrasé et en partie extrait; mais le malade en fut incommodé. Vingt jours après eut lieu une troisième et dernière tentative qui me donna la certitude que M. Rousseau ne pourrait pas supporter un traitement qui pouvait être fort long. A la seconde tentative, j'avais cru remarquer que les calculs formaient dans la vessie une masse moins considérable que je ne l'avais d'abord pensé, ce qui me fit soupçonner l'existence de cellules vésicales. Cette circonstance, réunie aux dispositions défavorables dans lesquelles se trouvait M. Rousseau, me fit renoncer définitivement à l'emploi de la lithotritie. La cystotomie était encore moins applicable. Il fut arrêté que toute opération serait ajournée indéfiniment. La malade consulta plus tard d'autres chirurgiens, au nombre desquels était M. Dupuytren, qui ne partagea pas mes craintes sur l'état de M. Rousseau. Il pratiqua la cystotomie environ un an après; elle fut suivie de la mort. M. Dupuytren n'ayant trouvé dans la vessie de M. R... que des calculs entiers, crut que les tentatives de lithotritie qu'on avait faites un an auparavant avaient été sans effet, et que pour me servir de ses expressions, l'on avait opéré dans le vide.

Si M. Dupuytren avait connu la lithotritie, il n'aurait pas avancé une chose au moins ridicule. Or, il était facile de s'assurer qu'après chaque tentative M. R... avait rendu plusieurs fragmens de calculs, que chaque fois aussi des parcelles furent retirées dans la pince. Ce fait était constaté par plusieurs personnes, entre autres par trois médecins : MM. Chardel, Castello et Miquel.

(Lettre sur la lithotritie urétrale, pag. 136.)

Voilà deux narrations bien différentes d'un même fait. Celle de M. Dupuytren est en tout point ce que j'ai vu et ce que nous avons appris de la bouche du malade, de celles de personnes qui l'entouraient et de M. Chardel en particulier, l'un des médecins dont le témoignage est invoqué. La pince, ainsi que le dit M. Civiale, a bien pu ramener quelques parcel-

les indiquant que ces mors avaient gratté la surface de la pierre, mais il n'est sorti ni fragment ni détritus qui pût faire supposer que deux pierres, même fort petites, eussent été brisées. J'ai donc, quant à moi, quelques raisons de penser que M. Civiale a, comme l'a dit M. Dupuytren, broyé à vide, mais, persuadé qu'il ne l'a pas fait avec des intentions blâmables, si j'avais un reproche à lui faire, ce serait de n'en pas convenir. En effet, ce dont M. Civiale se défend avec tant de véhémence, je confesse, moi, l'avoir fait; oui, j'ai simulé la manœuvre du broiement sans avoir saisi la pierre, et j'avais pour complices les plus proches parens du malade, car l'idée m'en avait été suggérée par sa femme, qui craignait que son mari ne fût découragé par deux séances sans résultat. Nous eûmes à nous applaudir d'en avoir agi ainsi, car l'opération, difficile d'abord, devint aisée ensuite, et le malade guérit. J'avouerai même que je serai tout disposé à me rendre coupable de nouveau de cette supercherie si, ayant tout lieu d'ailleurs d'espérer de réussir, il m'arrivait, en opérant un sujet facile à décourager, de faire une ou deux séances sans pouvoir saisir le calcul; car il n'y a pas de chirurgien lithotripsiste à qui ne soit arrivé de faire quelques tentatives infructueuses sur des malades qui cependant ont guéri par le broiement.

J'ai tout lieu de croire, et le fait de M. R. me confirme dans cette pensée, que mes confrères en lithotritie, bien qu'ils n'aient pas jugé à propos d'en convenir, se sont permis cette petite tromperie, bien excusable, lorsqu'elle est faite honnêtement et dans l'intérêt seul du malade, mais qui serait honteuse et coupable si elle avait un tout autre motif. On s'étonnera peut-être que l'on puisse abuser ainsi le malade; cependant rien n'est plus facile lorsque l'on a pour confidens ceux qui l'entourent; quant à la manœuvre des instrumens, les spectateurs fussent-ils médecins, pourraient y être trompés. L'un de nos plus illustres chirurgiens, dont on citait, il y a peu de jours, une naïveté à l'occasion de la médaille du choléra, exprimait par un mot très-caractéristique ce qu'il pensait à cet égard. « Je vois bien, disait-il, la queue de la poêle, mais je ne vois pas ce que l'on fait frire. »

Quelques lignes encore sur cette observation, qui nous ramèneront au diagnostic de la pierre dont cette petite digression nous a éloignés. M. Civiale dit qu'à la seconde tentative, ayant cru remarquer que les calculs formaient dans la vessie une masse moins considérable qu'il ne l'avait d'abord pensé, il soupçonna l'existence de cellules vésicales. Je ne comprends pas la valeur d'un tel signe; je regrette que l'opérateur ne soit pas entré dans plus de détails et qu'il n'ait pas manifesté avant la mort son opinion, car il n'y a plus de diagnostic après les révélations de l'autopsie. Quant à moi, je n'ai reconnu ni les cellules ni la pierre enchatonnée, et si je me suis refusé à faire une seule tentative de broiement, malgré les instances de M. Dupuytren, qui prévoyait l'issue fatale de la taille, j'avais assez d'autres raisons pour m'y déterminer; car outre l'œdème des jambes, la paralysie et la multiplicité des calculs dont il a été parlé, il y avait encore d'autres motifs pour moi plus puissans, c'était l'état de contraction extrême de la vessie qui, bien loin de participer à la paralysie incomplète des membres inférieurs, ne pouvait recevoir une seule cuillerée de liquide, et l'écoulement abondant de sang que produisait le frottement de la sonde sur les parois de cet organe. Les tentatives infructueuses de M. Civiale devaient aussi me servir de leçon, car j'avais reconnu qu'elles provenaient non du fait de l'opérateur, mais des dispositions dans lesquelles se trouvait le malade et qu'il était impossible de modifier.

Des pierres même assez volumineuses échappent parfois à toutes les recherches, puis au bout de quelque temps, la sonde les rencontre au premier abord, après quoi elles redeviennent encore momentanément introuvables. Cette impossibilité passagère de sentir des calculs que l'on rencontre ensuite avec facilité n'est pas très-rare; ordinairement lorsque je l'ai observée j'ai trouvé les fibres musculaires de la vessie très-développées, disposées par faisceaux faisant une saillie prononcée dans la cavité de l'organe, formant en un mot ce que l'on nomme des vessies à colonne. Lorsque deux de ces colonnes sont séparées par un intervalle l'une de l'autre, qui répond à peu près au volume du calcul, elles peuvent le saisir lorsque la vessie contractée le presse, le retenir pendant quelque temps et le rendre inaccessible au contact de la sonde. C'est, je crois, ce qui est arrivé chez les malades dont je vais raconter l'histoire.

Obs. II. — M. D... éprouvait depuis plusieurs années tous les symptômes de la pierre. Deux fois il avait été sondé par M. le professeur Dubois, sans que cet habile opérateur eût senti dans la vessie aucun corps étranger. M. Pasquier fils ayant été appelé rencontra une pierre aussitôt après l'introduction de la sonde. Quelques jours plus tard je sondai le malade et je rencontrai de prime abord le calcul, dont l'un des diamètres avait 15 à 16 lignes. La vessie était fort contractée et ne recevait qu'une très-petite quantité d'urine, une once à peu près. Des colonnes charnues tendues comme des cordes, faisaient dans la cavité de l'organe une saillie considérable. Ce n'étaient pas là des circonstances bien favorables à la lithrotritie, mais elle paraissait praticable; d'ailleurs M. D... ne voulait entendre parler d'aucune autre opération.

Dans la première tentative, impossibilité d'introduire l'instrument droit, causée par l'embonpoint du malade et surtout par le gonflement de la prostate. Quelques jours après M. Pasquier et moi fîmes des recherches inutiles pour sentir le calcul, qui cependant était volumineux. Trois semaines se passèrent pendant lesquelles nous sondâmes quatre fois sans rien sentir, bien que nous eussions fait placer le malade dans des positions très-variées. Une fois cependant j'imaginai d'explorer la vessie avec une sonde de gomme élastique très-flexible terminée par un bout métallique (V. fig. 14), et nous heurtâmes la pierre mais par une surface très-peu étendue; elle était située au sommet de la vessie. Quelques jours plus tard, le calcul nous apparut beaucoup plus distinctement, mais il était comme suspendu à la paroi supérieure de la vessie; le bec de la sonde le touchait lorsqu'il était dirigé en haut et l'on ne rencontrait rien au bas fond; lorsque la vessie était vide on frappait assez distinctement le calcul, si l'on injectait un peu de liquide le calcul remontait et la sonde ne le touchait plus que par son extrémité; je cherchai avec la sonde à le dégager, mais je ne pus y parvenir. Il ne me semblait pas que la pierre étant située comme M. Pasquier et moi la rencontrions, il fût convenable d'employer la pince à trois branches droites, car en admettant que son introduction fût devenue possible, il était peu probable qu'elle

eût pu être inclinée assez fortement en haut pour la saisir. J'avais sous la main le brise pierre articulé de M. Jacobson, je le fis pénétrer dans la vessie; deux fois l'anse formée par cet instrument placée horizontalement et portée aussi haut que possible, embrassa l'extrémité inférieure du calcul, mais pas assez pour faire mordre l'écrou. Je songeai à faire usage de ma pince à trois branches courbe, munie du foret articulé de M Pravaz, lorsque M. Heurteloup présenta à l'Académie son percuteur courbe; il me sembla que cet instrument était par sa forme très-propre à saisir une pierre pendante au sommet de la vessie, on peut en juger en jetant les yeux sur les fig. 11 et 12, qui représentent mon lithromètre, avec lequel il a beaucoup de ressemblance. Je fis en conséquence exécuter par M. Greiling un percuteur courbe, et j'en fis l'application ; la pierre ce jour-là était plus cachée et plus élevée que dans la précédente tentative, en sorte que l'instrument ne la saisissait que par l'extrémité de ses branches, assez pour l'ébranler, mais pas assez solidement pour que le marteau pût agir. Pensant que si je n'avais pu réussir avec le percuteur cela pouvait dépendre non seulement de la situation anormale de la pierre, mais encore du manque d'habitude de ma part de l'instrument, et désirant avant tout la guérison du malade, je conduisis près de lui M. Heurteloup; dans une consultation à laquelle prirent part M. Pasquier et M. Rousset, médecin ordinaire de M. D...., la sonde ayant été introduite, nous trouvâmes que la situation de la pierre n'était plus la même : elle était mobile et située au bas fond de la vessie, placée enfin comme dans la première exploration faite par M. Pasquier et moi. Ce changement que sans doute avait produit la précédente application du percuteur rendait possible dès lors l'emploi de la pince à trois branches, et je manifestai l'intention d'en faire usage : quant à la possibilité de l'introduction, je supposais qu'elle devait avoir été favorisée par l'application du brise-pierre articulé et du percuteur qui nécessairement avaient déprimé la prostate, car leur courbure une fois parvenue dans la vessie, toute la partie qui répond à l'urètre est droite. Cependant une discussion dont M. D..... fut témoin s'éleva au sujet de la certitude du succès de l'opération du broiement; je ne crus pas devoir promettre avec assurance un résultat qui, malgré le changement survenu actuellement dans la position de la pierre, ne me paraissait pas certain, et quelques jours après on nous fit dire que M. D.... partait pour la campagne. C'est ainsi, comme chacun le sait, que les malades font souvent savoir aux médecins que l'on n'a plus confiance en eux ; c'était en effet un congé que l'on nous signifiait, et M. Civiale fut appelé. Ce chirurgien a-t-il retrouvé la pierre dans la position favorable où nous l'avions laissée? je l'ignore, mais je le suppose, car j'ai appris du gendre du malade qu'après quatorze tentatives ou applications, il est parvenu à débarrasser M. D....

J'ai dit qu'après plusieurs explorations inutiles faites avec l'algalie, j'introduisis dans la vessie une sonde en gomme élastique terminée par un bout en argent, et que, par son moyen, nous pûmes sentir le calcul. Cette circonstance n'est pas la seule dans laquelle cet instrument m'ait rendu des services : deux fois la tuméfaction de la prostate rendant très-pénible ou même impossible l'introduction de la sonde, j'ai pu reconnaître la présence d'une pierre au moyen de cette sonde exploratrice flexible qui pénètre très-bien et ne cause point de douleur. Plusieurs fois aussi, plaçant le malade debout, j'ai senti des fragmens de pierre plus facilement qu'avec la sonde courbe en argent (voir fig. 14). A l'une des extrémités se voit la douille métallique, à l'autre extrémité est une boîte à liége *c*, pour faire des injections. Pour que la sensation du choc contre un corps dur soit rapportée plus sûrement à la main, je place quelquefois dans la sonde exploratrice flexible une tige métallique articulée *b*.

Dans l'observation que l'on vient de lire, nous voyons un calcul se dérober aux recherches faites par la main la plus habile et la plus exercée, venir ensuite pour ainsi dire s'offrir au contact de la sonde, puis disparaître encore pendant un temps assez long, caché dans une lacune formée par la saillie des colonnes de la vessie, se montrer enfin libre et accessible aux instrumens lithotribes, à l'emploi desquels il avait jusqu'alors été réfractaire.

Dans le fait que je vais rapporter, nous verrons un fragment de pierre échappé à la lithotritie, se développer, devenir pierre à son tour, se dérober pendant deux ans à toutes les recherches faites par plusieurs chirurgiens expérimentés, donner lieu à une seconde opération de broiement, et céder enfin après de nombreuses vicissitudes et des difficultés multipliées.

Obs. III. — M. Danzel souffrait depuis plusieurs années lorsqu'il fut opéré par M. Civiale, qui broya la pierre que contenait la vessie; la sonde ne rencontrant plus aucun corps étranger, la guérison fut considérée comme parfaite. Cependant M. D... continuait de souffrir. Pour découvrir la cause de ses douleurs, il se fit, dans l'espace de deux années, sonder par les chirurgiens les plus habiles. MM. Dubois, Richerand, Pasquier, Guerbois, explorèrent la vessie sans y rien rencontrer. M. Dupuytren conseilla l'application d'un séton à l'hypogastre, l'application répétée de sangsues à l'anus, la térébenthine de Venise à l'intérieur et divers autres moyens dirigés contre le catarrhe vésical très-intense qui existait. Pendant quatre mois, ce traitement avait été suivi sans amélioration, lorsqu'en septembre dernier M. D... me fit appeler. Tant d'explorations avaient déjà été faites que j'étais détourné de la pensée de l'existence d'une pierre. Cependant, pour en avoir le cœur net, je demandai à faire encore une recherche; le malade y consentit, et la sonde, en arrivant dans la vessie, rencontra une pierre dont le diamètre, se présentant d'avant en arrière, avait 13 à 14 lignes; la vessie était rendue inégale par des colonnes charnues saillantes, entre lesquelles s'engageait profondément le bec de la sonde, mais elle n'était point hypertrophiée; elle avait de la souplesse, de l'ampleur; elle pouvait recevoir 4 à 5 onces de liquide, et malgré le catarrhe, elle n'avait qu'une sensibilité médiocre. La manœuvre de l'opération du broiement paraissait donc devoir être simple, facile, et le surlendemain je vins, accompagné de M. le docteur Thealier, pour y procéder; mais ce jour-là, vaines recherches : le calcul avait disparu. Certain cependant de son existence, je revins quelques jours plus tard; la pierre se présentait au bas-fond dans une situation favorable; je la saisis avec facilité, au moyen de la pince à trois branches droites, je l'attaquai avec le foret à développement, je la fis éclater et j'écrasai deux des fragmens les plus gros. Réfléchissant après cette séance aux circonstances avec lesquelles se présentait le cas de M. D...., je me repentis d'avoir mis la pièce en morceaux et de ne pas avoir com-

mencé à la détruire en la râpant d'avant en arrière et de la circonférence au centre, au moyen des ailes déployées du foret; je sais bien qu'il m'eût fallu plusieurs séances pour la pulvériser, mais je pensais avoir plus de facilité à reprendre une pierre qui me paraissait unique que je n'en aurais à retrouver un certain nombre de fragmens dans une vessie conformée d'une manière assez anormale pour soustraire un calcul d'un moyen volume aux recherches les plus minutieuses. Quelques jours plus tard, je reconnus que j'avais eu raison de penser ainsi, car je ne sentis plus rien avec la sonde, et je ne trouvai avec la pince qu'un fragment peu volumineux, bien que la plus grande partie de la pierre brisée fût encore contenue dans la vessie. L'opération avançait ainsi lentement, pulvérisant avec le brise-pierre articulé les morceaux de calculs à mesure qu'ils sortaient de leurs retraites et qu'ils devenaient sensibles. Dans les mois de janvier et février, j'avais fait plusieurs explorations sans rien découvrir, lorsqu'en ramenant un jour le bec de la sonde derrière le pubis, immédiatement au-dessus du col, je l'engageai dans une cellule profonde, et là je sentis distinctement le cliquetis de plusieurs petites pierres ou morceaux de pierre. Je fis faire une sonde en métal de 3 lignes 3/4 de diamètre (c'était le volume que recevait l'urètre); je fis pratiquer sur la concavité de la courbure, près de l'extrémité, un œil ayant 8 lignes de long et 3 lignes 1/4 de diamètre; je portai cette sonde évacuatrice dans la vessie, et je poussai des injections dans cet organe. L'œil de la sonde étant, par sa position, en rapport avec l'ouverture de la cellule, le liquide s'y trouvait directement poussé. Je le laissai s'écouler partiellement, et par de petits mouvemens latéraux, je cherchai à engager dans l'ouverture de la sonde les corps durs, que je sentais très-distinctement. Je retirai de la sorte huit fragmens gros comme des pois; d'autres restaient encore dans la cellule, mais ils semblaient trop gros pour s'introduire dans l'œil de la sonde, car je m'efforçai vainement de les y engager. Pour les déloger, je fis exécuter un instrument semblable au percuteur de M. Heurteloup, quant à la partie droite de l'instrument, et à mon lithomètre quant à la partie courbe, avec cette différence cependant que la gouttière longitudinale existait sur les deux branches de manière à former un canal quand elles étaient rapprochées. Du reste, point de dents comme celles du percuteur. Elles auraient nui à l'emploi que je me proposais. (*V.* fig. 11 et 12).

Il ne me fut pas difficile d'engager dans la cellule l'extrémité de cette pince-compas, de l'y ouvrir et de saisir un corps dur; mais j'éprouvai quelque peine à le faire sortir de cette cavité anormale, soit que le calcul fût adhérent à la muqueuse, soit qu'il fût retenu par la forme de l'ouverture de la cellule; un peu de sang s'écoula, mais il ne survint aucun accident après l'opération. Le calcul ou le morceau de calcul extrait de la cellule et porté dans le centre de la vessie, y fut immédiatement brisé par la percussion. Il y a un mois environ, je revis le malade avec M. Gensoul; il éprouvait encore de la douleur en urinant. Nous le sondâmes, et je fis sentir à notre habile confrère de Lyon un fragment, encore assez gros, placé au-dessus du col, derrière le pubis; je n'avais en ce moment à ma disposition que la sonde évacuatrice, dont j'ai parlé précédemment; je m'en servis pour injecter la vessie; mais je ne pus engager la pierre dans son œil. Quelques jours après, je la saisis avec la pince-compas; je la dégageai plus facilement que la précédente et l'écrasai par la pression des branches; car il était assez mou. Depuis ce moment, la vessie paraît complétement débarrassée; M. D... a cessé de souffrir, et les urines commencent à devenir plus limpides. Cette amélioration ne date, il est vrai, que de peu de jours; mais tout me porte à croire qu'elle sera durable.

L'on me pardonnera, j'espère, la longueur de cette narration et les détails dans lesquels m'ont forcé d'entrer les difficultés rencontrées et les moyens qu'il m'a fallu imaginer pour les vaincre, car c'est par de semblables détails que peuvent être rendues profitables les leçons de l'expérience.

Dans les faits dont il vient d'être question la structure plus ou moins anormale de la vessie pouvait rendre raison de la difficulté ou de l'impossibilité que l'on éprouvait à sentir le calcul; mais d'autres fois cette poche n'est point bilobée; elle ne présente ni cellules ni colonnes charnues, rien enfin qui puisse soustraire la pierre au contact de la sonde, et cependant on ne la rencontre qu'avec peine, ou même on ne reconnaît pas du tout son existence. C'est ce dont on trouve plusieurs exemples dans les auteurs, ce qui, plus rarement, est arrivé chez M. Erard. L'opération du broiement avait été pratiquée par M. Civiale; 14 séances avaient été employées à détruire la pierre. Le traitement avait été difficile et traversé par un accès de fièvre pernicieuse qui faillit emporter le malade. Je note cette circonstance dont M. Civiale a oublié de parler dans sa narration, parce qu'il n'est pas très-rare de voir cette fièvre survenir dans les affections des voies urinaires, entraver les traitemens auxquels ces maladies donnent lieu, et quelquefois causer la mort, comme M. le dr Desault nous en a fourni un malheureux exemple. M. Erard paraissait guéri, et en effet il avait cessé de souffrir pendant une année environ, temps assez long pour permettre de penser que la vessie avait été complétement débarrassée. Les douleurs reparurent alors avec les autres symptômes de la pierre, mais ce fut en vain que pendant deux ans des explorations furent faites par M. Ségalas, médecin doué d'une heureuse aptitude à modifier tout ce que l'on invente, et par quelques autres praticiens plus ou moins habiles; l'existence d'un corps étranger ne put être reconnue. M. Erard mourut et l'on trouva dans le bas fond de sa vessie une pierre ayant le volume d'une noix, et rien dans la structure de l'organe qui pût expliquer pourquoi la sonde ne l'avait pas sentie. Une tuméfaction considérable de la prostate peut, en rendant le col de la vessie plus élevé et augmentant la profondeur du bas fond, rendre difficile la rencontre d'un calcul même assez volumineux; la convexité de la sonde passe au-dessus de lui sans le sentir, et si l'état de contraction de la vessie ne permet pas de porter en bas le bec de l'instrument, il échappe aux recherches. La plupart des auteurs donnent le conseil de porter un doigt dans le rectum lorsque l'on éprouve de la difficulté à rencontrer une pierre dont tout fait présumer l'existence; je l'ai fait bien des fois, et, pour l'ordinaire, à moins que le volume du calcul ne fut très-considérable, ce mode d'exploration ne m'a servi à autre chose qu'à reconnaître l'état de la prostate. J'avais quelque peine à m'expliquer comment je retirais si peu de profit d'un précepte si généralement adopté, et j'aurais supposé mes doigts trop courts, plutôt que de penser que l'on aurait pu donner un conseil

sans en avoir réellement reconnu la justesse, si je n'avais trouvé dans l'excellent ouvrage de Deschamps, sur la taille, le passage suivant : « Des auteurs conseillent d'introduire un ou deux doigts dans le rectum pour soulever la pierre et la faire rencontrer avec la sonde; je déclare que je n'ai aucune confiance dans ce procédé, qui ne m'a jamais réussi, et qui, par la raison suivante, ne doit pas réussir. En effet, ou la pierre est volumineuse ou elle est petite; dans le premier cas elle est sensible d'elle-même à la sonde; dans le second, le doigt dans le rectum ne la sentira pas. J'en ai fait l'essai nombre de fois, j'assure ne l'avoir jamais sentie, et je ne crains pas d'annoncer que ceux qui soutiendront le contraire se donneront gratuitement le mérite d'un tact fin et exercé, et tromperont. De plus, si la pierre petite occupe le centre, le doigt la rejetera sur les parties latérales les plus enfoncées; si elle est dans ces parties plus profondes, elle sera rejetée à côté du doigt qui soulevera la vessie, et ce doigt se présentera à la sonde. »

Pour élever le bas fond de la vessie, M. Heurteloup a fait usage pendant quelque temps d'une tige de fer terminée par une surface mi-plate qu'il appelait doigt métallique et auquel il a renoncé.

M. Tanchou propose d'introduire dans le rectum un sac de baudruche monté sur un tube à robinet dans lequel on insuffle de l'air. Ce médecin pense élever ainsi le bas fond de la vessie au niveau du col, mais la prostate aussi sera soulevée, le col par la même raison sera porté à une plus grande hauteur, et la cavité qui existe derrière la glande tuméfiée n'aura point disparu.

Le moyen le plus sûr de déloger et de rendre sensible à la sonde un calcul ainsi caché dans le bas fond de la vessie, c'est de changer la position du malade; pour cela, tantôt on soulève fortement le bassin par un coussin résistant, le calcul est alors porté plus en arrière et se trouve dans la direction même de la sonde; tantôt on place le malade debout, et le calcul, s'il est libre, vient ordinairement tomber sur le col et heurter la sonde; je dis ordinairement, car dans quelques circonstances il n'en est pas ainsi; j'ai eu surtout l'occasion de m'en convaincre il y a deux ans, en explorant la vessie de M. G....

Depuis plusieurs années M. G.... éprouvait tous les symptômes de la pierre, et parfois il survenait une rétention d'urine passagère. Plusieurs chirurgiens habiles l'avaient sondé sans découvrir de corps étranger; cependant le fils de M. G...., médecin à Paris, engagea son père à se rendre dans cette ville pour connaître la cause de ses souffrances, et il le confia à mes soins. Nous sondâmes le malade sur son lit, mais l'état de contraction de la vessie ne nous permit pas de porter en bas le bec de l'instrument; nous le fîmes placer debout, laissant écouler peu à peu l'urine, et nous ne pûmes rien sentir. Quelques jours après nous fîmes une seconde exploration après avoir soulevé fortement le bassin par des coussins; cette fois nous rencontrâmes distinctement plusieurs pierres; les urines étaient glaireuses et contenaient même du pus qui, après s'être déposé par le refroidissement, se mêlait ensuite au liquide quand on l'agitait. L'introduction de la sonde était suivie d'un écoulement de sang assez abondant qui paraissait provenir des veines variqueuses du col. La vessie refusait d'admettre plus de deux cuillerées de liquide; la prostate volumineuse diminuait le diamètre antéro-postérieur de cet organe, dont la cavité mesurée dans ce sens avec la sonde n'avait que quinze lignes. De telles circonstances étaient bien peu favorables à la lithotritie, moins encore à cause des difficultés de la manœuvre qu'à cause des dangers qui pouvaient résulter de l'opération; je cédai pourtant aux instances qui m'étaient faites, je me déterminai à la pratiquer et j'eus tort. Après trois séances, dans chacune desquelles deux ou trois pierres furent saisies et brisées avec la pince à trois branches droites, les envies d'uriner devinrent plus fréquentes et accompagnées de douleurs extrêmement vives; les applications de sangsues et les opiacés à forte dose ne purent les calmer; il n'y avait point de fièvre, point de sensibilité à la pression dans la région hypogastrique : cette situation se prolongea pendant quinze jours environ, après quoi survint cet ensemble de phénomènes que l'on a désigné sous le nom d'état adynamique, et le malade mourut : l'ouverture du corps ayant été faite nous trouvâmes dans cette vessie, que l'on avait plusieurs fois explorée sans rien sentir, dix-sept calculs libres, encore entiers, gros comme des avelines, ce qui, joint aux six ou sept qui avaient été brisés, formait un total de vingt-trois ou vingt-quatre. La prostate était fort tuméfiée, le bas fond derrière elle était fortement déprimé et formait une cavité dans laquelle étaient rassemblés et cachés les calculs. La membrane muqueuse était violacée vers le trigone vésical et le col; on voyait serpenter à sa surface des veines variqueuses desquelles on pouvait par la pression faire suinter une matière sanieuse.

Collot rapporte un fait analogue : il sonda une première fois un vieillard de 60 ans, sans rencontrer de pierre; plus tard il sonda de nouveau et ne sentit qu'un instant le calcul qui ensuite échappa aux recherches. Néanmoins le malade fut taillé, et Collot retira 22 pierres grosses comme des noisettes, qui étaient situées dans le col dilaté de la vessie.

D'après tous les faits qui viennent d'être rapportés, et je pourrais en citer un plus grand nombre encore, on voit que l'on a raison d'hésiter à prononcer qu'il n'existe pas de pierre, lorsque les symptômes rationnels de cette maladie étant réunis, la sonde ne rencontre pas de corps étranger. Ce n'est qu'après avoir exploré la vessie à plusieurs reprises que l'on pourra non pas être convaincu, mais penser qu'elle ne contient pas de calcul, encore ne devrait-on pas l'affirmer, afin de ne point se voir démenti par d'autres recherches faites en temps plus opportun.

Cependant il ne serait pas prudent de s'obstiner à trouver un calcul dont on aurait lieu de présumer l'existence; des recherches trop prolongées et trop rapprochées pourraient enflammer la vessie et devenir funestes, ainsi que j'ai pu le voir il y a six mois. M. Flu..., de Grenoble, rendait depuis quelque temps des graviers et ressentait quelques douleurs dans la vessie; il vint à Paris, et consulta M. Civiale, qui le sonda sans rencontrer de pierre; persuadé sans doute qu'il en devait exister une, ce chirurgien, pendant un mois environ, explora la vessie presque chaque jour, et plaça des sondes de gomme élastique dans le canal, après quoi il fit une recherche avec la pince à trois branches; il en résulta une hémorragie assez abondante, puis une cystite aiguë. Je fus appelé en consultation avec M. Marjolin, et pendant huit jours nous vîmes le malade conjointement avec M. Émery, médecin de

sa famille, mais tous nos efforts furent inutiles, M. Flu... succomba; l'autopsie n'ayant pas été faite, nous ne pûmes savoir s'il y avait réellement un calcul dans la vessie; M. Civiale, au reste, ne paraît pas avoir dit qu'il l'eût rencontré.

Je pourrais citer encore, pour preuve du danger qui peut résulter d'explorations trop prolongées les faits rapportés par M. Civiale, pag. 13 et 14 de son Traité de la lithotritie, ou bien l'histoire de Distel, chirurgien de l'ex-roi Charles X. Distel soupçonnant qu'il avait la pierre, s'était fait sonder par d'habiles chirurgiens qui n'avaient rien rencontré dans sa vessie. Il appela M. Dupuytren, qui constata la présence d'un calcul, et voulut bien engager le malade à se confier à mes soins; d'autres avis prévalurent, et M. Civiale fut appelé. D'après le dire de ce praticien, des explorations seulement furent faites; le furent-elles avec la sonde ou avec l'instrument lithotribe, je l'ignore, mais elles donnèrent immédiatement lieu à des accidens qui se terminèrent par la mort.

On aurait tort de supposer de ma part, dans le récit de ces faits, aucune intention malveillante; on a déjà pu voir et l'on verra encore dans les mémoires qui vont suivre, que jaloux de répandre la lumière sur une méthode, à l'existence et au développement de laquelle j'ai eu le bonheur de contribuer, je ne cherche à atténuer ni mes fautes ni mes revers; il doit donc m'être permis d'en agir avec mes confrères avec la même liberté, et quand au profit de la science je retourne mes poches (que l'on me pardonne cette expression) j'ai bien le droit, je pense, de fouiller dans celles du voisin.

Dans le Traité de la lithotritie de M. Civiale, on lit, pag. 59 : « Pour acquérir des données plus » exactes, je pratique, dans les cas douteux, le ca- » thétérisme au moyen de la pince à trois branches, » bien préférable au cathéter pour ces sortes d'explo- » rations. Lorsque la pince est ouverte, il suffit de » lui imprimer des petits mouvemens de rotation et de » l'incliner légèrement dans tous les sens pour que » toute la surface de la vessie soit explorée avec exac- » titude. »

L'exploration avec la pince est utile, sans doute; elle peut faire connaître la présence de pierres qui avaient échappé à la sonde à cause de leur ténuité, et sous ce rapport aucun instrument ne me paraît jusqu'ici pouvoir lui être comparé; on peut en acquérir la preuve à la fin de la plupart des opérations de broiement, lorsqu'il ne reste plus dans la vessie que des fragmens d'un petit volume; la sonde n'en fait pas connaître la présence, et cependant on peut avec la pince saisir l'instant d'après plusieurs fragmens; j'en ai fait faire l'épreuve à MM. Marjolin et Blandin le même jour, sur deux malades : MM. de Villapol, Espagnol, et Paluel, de Lhôpital, en Savoie. M. Souberbielle, et bon nombre d'autres médecins ont été maintes fois témoins de cette expérience, que, du reste, on peut renouveler autant de fois qu'on le voudra; mais si j'ai la confiance de pouvoir saisir les fragmens de pierre, même les plus petits, lorsqu'ils sont libres et placés au bas-fond de la vessie, sans léser cet organe, ce n'est pas que je les sente mieux avec les trois branches de la pince qu'avec la sonde; car ce n'est le plus souvent que lorsque je les ai saisis que je suis averti de leur présence.

Je suis tout disposé à croire que M. Civiale, puisqu'il l'assure, a plus de finesse de tact avec la pince qu'avec la sonde : je pourrais aussi prétendre avoir cette même délicatesse de main, puisque, pour saisir des petites pierres ou des fragmens, j'ai la prétention de pouvoir mettre au défi les plus habiles, et cependant, je le répète, fort souvent je n'ai pas senti cette petite pierre ou ce fragment avant de l'avoir saisi. La manifestation d'une telle prétention n'est peut-être pas très-modeste, mais je ne me la suis permise que pour donner plus de valeur à l'aveu qui la suit : lorsque la lithotritie sera plus répandue, l'on pourra s'assurer qui est le plus dans le vrai de M. Civiale ou de moi.

Si la pince est un excellent moyen d'exploration lorsque la pierre est fort petite, il n'en est pas de même lorsque son volume est plus considérable. Que prétend-on reconnaitre, en effet, par une recherche faite avec la pince? Serait-ce le volume de la pierre? Mais des branches élastiques sont pour cela un très-mauvais moyen; et la sonde, employée comme je le dirai tout à l'heure, est un bien meilleur lithomètre. Ce ne peut être non plus ni la capacité ni la sensibilité de la vessie. La sonde et une injection suffisent pour cela. Introduire la pince, la développer, embrasser la pierre, n'est-ce pas là ce qu'il y a de plus fatigant et de plus difficile dans une séance de lithotritie? si vous lâchez le calcul sans l'avoir attaqué, n'avez-vous pas fait supporter au malade une opération sans résultat? L'exploration avec la pince, lorsque la pierre et les conditions dans lesquelles se trouve la vessie peuvent être facilement appréciées avec la sonde, est donc parfaitement inutile, et l'on conçoit que M. Heurteloup, dans sa lettre à l'Académie des sciences, ait pu se demander si les recherches faites de la sorte ne seraient pas des opérations manquées que l'on dissimulerait sous un autre nom.

L'introduction, le développement d'une pince dans la vessie et les mouvemens qu'il faut lui imprimer pour reconnaître et saisir un calcul, ne sont pas dangereux dans le plus grand nombre de cas, mais l'expérience a démontré qu'ils pouvaient l'être quelquefois, et cela doit suffire pour s'en abstenir. Si nous rejetons ces recherches faites sur l'homme malade parce qu'elles ne nous semblent par nécessaires, que dirons-nous d'expériences tentées sur l'homme bien portant, dans le seul but d'essayer des instrumens défectueux. Quant à moi, j'ai relu plusieurs fois, avant d'en croire mes yeux, le passage que je vais transcrire, et qui se trouve dans l'ouvrage de M. Tanchou, page 322. « Notre fil » constricteur donne à notre méthode une supériorité » notable sur celles de nos confrères; c'est que si par » un hasard qui ne s'est point présenté, mais que » l'on doit cependant prévoir, une ou plusieurs » branches de la pince venaient à se casser, on pour- » rait immédiatement les retirer sans que le malade » s'en aperçût. C'est ce qui nous est arrivé chez l'un » de ces hommes qui nous ont prêté tant de fois vo- » lontairement leur vessie, à 3 fr. par séance, pour » répéter des essais que nous savions d'ailleurs sans » danger. Nous avions fait faire un instrument à » quatorze branches. Un jour, après en avoir » éprouvé la solidité sur la table, nous voulûmes en » faire usage sur l'un de ces complaisans, nous » l'introduisîmes facilement dans la poche urinaire; » mais quand nous nous mîmes en devoir de l'ouvrir, » nous entendîmes plusieurs petits bruits de cra- » quement, si bien que nous nous décidâmes à re- » tirer notre instrument avant que notre épreuve » fût terminée. Il sortit aisément; mais plusieurs » de ses branches étaient cassées, il les amena à la

» remorque et suspendues à ce fil secourable. Le » sujet, à qui nous fîmes part de cet accident, ne » s'en aperçut pas, et il vint quelques jours après » nous offrir de nouveau ses services. »

Je ne chercherai point à exprimer par des mots l'étonnement qu'a fait naître en moi un tel passage. J'abandonne le lecteur aux impressions qu'il ne peut manquer d'en ressentir.

Ne pas rencontrer une pierre contenue dans la vessie n'est pas la seule erreur à laquelle expose le cathétérisme. Il est arrivé nombre de fois que l'on a cru sentir dans cet organe des calculs qui n'existaient pas; et dans un certain nombre de cas, des chirurgiens ont pu être trompés par leurs sensations au point de se déterminer à pratiquer l'opération de la taille. Bell (Cours de chir., chap. XI), dit que ce malheur est arrivé trois fois à Cheselden. Desault a commis cette erreur, et M. S. Cooper assure en connaître 7 exemples fournis par des chirurgiens actuellement existans. La lithotritie rend aujourd'hui cette erreur moins funeste. Le malade en serait quitte pour une exploration avec l'instrument lithotribe, et nous avons dit que dans certains cas il est convenable d'y avoir recours. Des tumeurs osseuses partant des os environnans (Housset, Garengeot, Brodie, MM. J. Cloquet, Belmas, Damourette, Haber), un kyste osseux, développé dans les parois de la vessie (Mém. de l'Acad. de chir., t. I. in-4°, p. 399), engorgement du col de l'utérus (Journ. de méd. t. 40, obs. de Levret), un amas de matières fécales dans le rectum (Rutti, Tr. des v. ur. p. 125), ont fait croire à l'existence de pierres. Mais ce qui en impose le plus souvent c'est le développement et la saillie des fibres musculaires disposées en faisceaux. Ces colonnes charnues sont quelquefois si tendues et si rugueuses, que le choc de la sonde contre elles fait éprouver à la main une sensation voisine de celle qu'un calcul mou, phosphatique et enveloppé d'une couche de mucus pourrait produire; cependant l'attention et l'habitude peuvent mettre à l'abri de cette erreur.

Il est une autre méprise qui pourrait être presque aussi grave que la précédente, si la taille était pratiquée, mais qui, dans l'opération du broiement, serait facile à reconnaître et n'aurait point de conséquences fâcheuses. Cette méprise est occasionnée quelquefois par un calcul de la prostate, faisant saillie dans le canal, ou une pierre arrêtée dans une portion profonde de l'urètre et placée de manière à ne point s'opposer au passage de la sonde. Dans tous les mouvemens d'avant en arrière que l'on imprime à cet instrument, il frotte sur la pierre ainsi placée, et l'on peut ne pas distinguer d'abord par quelle portion il la touche; ce n'est que par des mouvemens latéraux et de rotation que, parcourant avec le bec de la sonde la cavité de la vessie, l'on reconnaît qu'elle ne contient point de corps étranger. Cette méprise n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser; je l'ai vu commettre plus d'une fois, et bien souvent rencontrant dans le cours d'une opération de lithotritie des petits fragmens engagés dans l'urètre, à peu de distance du col, j'ai hésité un moment dans l'appréciation de leur situation véritable. Il était facile de se méprendre sur la situation du calcul chez un prêtre de Lyon, que j'ai observé en 1830. M. Gensoul sachant que la présence d'une pierre avait été reconnue dans la vessie de ce malade, le fit prévenir de mon séjour momentané. Nous introduisîmes la sonde, qui parvint dans la vessie sans rencontrer d'obstacles sur sa route, et tout d'abord nous la sentîmes trotter sur un corps dur qui, au premier instant, nous parut être dans la poche urinaire; mais, portant le bec de la sonde à droite, à gauche, en bas, et lui faisant exécuter un mouvement de cercle complet, nous reconnûmes que la vessie ne contenait point de corps étranger; il nous fut aisé alors d'apprécier le véritable siége du calcul, qui se trouvait dans l'urètre. L'opération de la boutonnière fut faite par M. Gensoul; une pierre de la grosseur et de la forme d'une olive fut extraite et le malade guérit.

Lorsque plusieurs calculs existent ensemble dans la vessie, leur grosseur est ordinairement médiocre, et leur multiplicité est facile à reconnaître avec la sonde. Des mouvemens latéraux imprimés à l'instrument font entendre un cliquetis qui ne laisse presque point de doute à cet égard. Si le volume d'un ou de plusieurs de ces calculs est considérable, et si la vessie contractée s'oppose aux libres mouvemens de la sonde, le chirurgien peut se méprendre et croire à l'existence d'une seule pierre. C'est ce qui m'est arrivé, il y a quelques mois, en explorant, avec MM. Ménière et Delacroix de Fontenay, la vessie de M. Dumaine, de Sceaux; il s'y trouvait deux pierres : l'une ovoïde, l'autre ayant la forme d'une cupule. Leur rapport mutuel les faisait ressembler à l'articulation de la tête de l'humérus avec la cavité glénoïde de l'omoplate. J'avais reconnu avec la sonde et j'avais tracé sur un papier d'une manière qui s'est trouvée assez exacte, le contour de ces deux calculs et la figure produite par leur réunion, mais l'immobilité dans laquelle ils étaient maintenus en contact m'avait fait penser qu'il n'y en avait qu'un seul de forme irrégulière. Le volume de l'une de ces pierres, l'hypertrophie de la vessie, l'état général de la santé de M. D.... me détournèrent de l'idée de faire aucune tentative de lithotritie. La taille fut pratiquée par M. Dupuytren, et la mort fut occasionnée le neuvième jour par une hémorragie, résultat des mouvemens imprudens que fit le malade.

L'erreur contraire à celle que nous venons de signaler est beaucoup moins fréquente. Plus difficilement, en effet, l'on peut croire à la présence de plusieurs pierres lorsqu'il n'en existe qu'une seule. Cependant un calcul mural, dont les irradiations très-saillantes laissent entre elles des intervalles, peut faire croire à l'existence de plusieurs pierres. J'ai observé ce cas en 1829 sur un jeune homme de Vesoul, nommé Cuvry, que j'ai opéré à l'hospice Saint-Côme; il avait 22 ans et souffrait depuis son enfance. La sonde fit reconnaître aisément la présence d'un corps étranger; inclinée à droite et à gauche, elle faisait entendre un cliquetis très-distinct, semblable à celui que pourrait produire le contact alternatif de plusieurs petites pierres. Je crus au premier abord qu'il en existait en effet plusieurs, et ce fut aussi l'opinion de MM. Bougon et Guersent fils. Mais le lendemain, ayant saisi le calcul avec la pince à trois branches droites, et ayant cherché à le faire heurter contre un autre corps dur, je reconnus qu'il était unique. Une seule perforation suffit pour déterminer sa rupture; le malade rendit immédiatement et les jours suivans des fragmens formés par des mamelons d'oxalate de chaux, ayant 4 et 5 lignes de longueur, qui ne paraissaient avoir tenu au noyau central que par une surface de 2 lignes. Ce calcul entier devait ressembler à ces étoiles marines, dont les irradiations ont beaucoup plus de longueur que le point central

sur lequel elles viennent se réunir. Deux séances suffirent pour débarrasser complétement le malade. J'ai reçu de lui depuis plusieurs lettres; sa santé est excellente. Je noterai en passant que, bien que ce calcul existât depuis plus de vingt ans, il n'avait point acquis un volume considérable et n'avait point enflammé la vessie; les douleurs produites par sa présence étaient très-vives; mais il n'y avait point de catarrhe. J'ai opéré et guéri trois malades de 20 à 25 ans qui, depuis leur enfance, avaient la pierre. Chez tous trois, elle était formée par l'oxalate de chaux; et l'organe qui les contenait était sain. Ces faits et d'autres encore m'ont persuadé que de tous les calculs, les muraux sont ceux qui, par leur présence, déterminent le moins l'inflammation catarrhale de la vessie, malgré les aspérités dont ils sont hérissés; les malades atteints de cette diathèse me semblent être aussi ceux qui guérissent le mieux par l'une et l'autre opération.

S'il est aisé dans la plupart des cas de reconnaître la multiplicité des calculs, il n'est pas à beaucoup près aussi facile d'en apprécier le nombre. Même après avoir pratiqué la lithotritie, l'on ne peut avoir à cet égard que des données approximatives. M. Civiale ne paraît pas partager cette opinion, puisqu'il dit positivement avoir broyé quarante calculs chez un malade et seize chez un autre; déjà dans une précédente publication j'avais montré de l'étonnement d'une appréciation si positive, et j'avais dit que pour écrire de telles choses, il fallait compter sur la crédulité de ses lecteurs. Dans son mémoire sur la lithotritie urétrale, M. Civiale me répond en ces termes : « Loin de refuser le jugement à mes » lecteurs, je ne supposerai pas même que M. Leroy » en ait assez peu pour ne pas comprendre qu'on » peut compter facilement les calculs vésicaux à » mesure qu'on les écrase et qu'on les extrait un à » un sans les lâcher. » Si M. Civiale avait extrait les calculs entiers et sans les briser, il est bien certain qu'il en aurait connu le nombre précis; mais puisqu'il les a écrasés, je ne comprends pas comment il a pu distinguer ensuite avec certitude les fragmens de la pierre brisée d'avec les calculs intacts qu'il a saisis; c'est peut-être de ma part manque de jugement, mais, je le répète, je ne le comprends pas.

J'ai pratiqué le broiement sur plusieurs malades qui portaient dans la vessie un grand nombre de pierres; je citerai M. Philatre dont j'ai rapporté l'histoire dans mon mémoire sur la lithotritie appliquée aux calculs existans avec une rétention d'urine; M. Labiche, que j'ai opéré en présence de MM. Serres, Lisfranc et Caillard; M. de Gatines, qu'a suivi pendant son traitement son médecin, M. Thealier. J'estime que la vessie du premier de ces malades contenait de quinze à vingt calculs; celle du second, de vingt à trente, et celle du troisième, de quinze à vingt; mais ce n'est là qu'une présomption, et je m'abstiendrais s'il me fallait en préciser le nombre. Ces trois malades ont été guéris par la lithotritie; le dernier a 79 ans.

J'aurai, dans un autre mémoire, l'occasion de revenir sur les deux dernières opérations.

---

## CHIRURGIE PRATIQUE.

Note sur une maladie congéniale de la langue, par M. Paul Dubois, professeur d'accouchemens à l'hospice de la Maternité.

Parmi les diverses communications qu'une feuille médicale reçoit et propage, il en est peu sans doute qui soient accueillies avec plus d'intérêt que celles qui ont pour objet des affections encore peu connues, dont la rareté peut surprendre, dont les inconvéniens inquiètent et dont cependant la guérison est possible par de prompts et faciles secours. C'est à ce titre que le fait suivant paraîtra probablement digne d'être publié.

Obs. — J'ai été consulté dans le courant du mois dernier pour un enfant né depuis 2 jours, et dont la langue était atteinte d'une maladie congéniale dont je vais essayer de donner une idée exacte. Toute la partie antérieure et libre de cet organe, au lieu d'être légèrement aplatie comme elle l'est en général, était au contraire arrondie, tendue, et avait la forme et le volume d'une grosse noisette, la partie postérieure et adhérente de la langue jusqu'à sa base avait son apparence ordinaire; l'enfant gêné sans doute par le volume de la partie malade la portait souvent hors de sa bouche, et il était alors facile de l'examiner. La face inférieure de la langue paraissait formée par une membrane mince, transparente, tendue, ayant une teinte blanche légèrement nuancée de violet dans quelques points, et parcourue sur presque toute sa surface par des arborisations vasculaires très-fines; le doigt appliqué sur ce point de l'organe y sentait une fluctuation manifeste, en un mot toute cette partie de la région inférieure et libre de la langue, offrait exactement l'aspect que présente un sac herniaire qui vient d'être mis à découvert et qui est distendu par un liquide séreux abondant, ou pour nous rapprocher davantage de l'objet qui nous occupe, celui qu'offre la surface de la tumeur sublinguale connue sous le nom de grenouillette. L'enfant avalait sans beaucoup de difficulté les liquides qu'on présentait à sa bouche avec une cuiller, mais il lui était impossible de prendre le sein de la nourrice, et l'on conçoit aisément que la rondeur et la tension de la langue s'opposaient complètement à ce que la face supérieure de cet organe pût se creuser en gouttière pour recevoir le mamelon et le tenir embrassé. Cette circonstance surtout détermina les parens à s'éclairer de plusieurs avis, et notre confrère M. Mauquelin, qui avait reçu cet enfant, les engagea à me consulter. Je n'avais pas encore vu d'affection de ce genre chez un enfant nouveau-né, et je ne pense pas qu'aucun fait semblable ait été publié. Je fus donc incertain d'abord, j'examinai en conséquence la maladie avec une scrupuleuse attention, et après cet examen je résolus de pratiquer une incision peu étendue ou même une simple ponction sur la face inférieure de la langue, ce que je fis très-facilement avec la pointe d'un bistouri, après avoir saisi l'organe entre le pouce et l'indicateur de la main gauche; à peine la ponction était-elle faite, qu'un liquide visqueux parfaitement semblable à du blanc-d'œuf, par la couleur et la consistance, s'écoula en assez grande quantité; la poche, je ferais mieux de dire la langue, se vida entièrement à l'aide d'une légère pression, une ou deux stries san-

gonflées s'aperçurent à peine ; la langue s'aplatit et reprit en un instant sa forme naturelle. Comme il ne s'écoulait pas de sang et qu'il n'y avait par conséquent rien à craindre de l'exercice de la succion, le sein de la nourrice fut présenté presqu'aussitôt, l'enfant le saisit avec facilité et téta pour la première fois depuis sa naissance. Aucun accident ne vint compliquer cet état de choses.

Le lendemain la langue offrait une légère tuméfaction qui ne s'opposait pas à l'allaitement, et qui se dissipa d'ailleurs en partie dans la journée même et disparut entièrement le jour suivant. La reproduction d'un nouveau liquide dans la poche membraneuse n'eut pas lieu, quoiqu'il fût assez naturel de le craindre ; vingt jours se sont écoulés depuis l'opération, l'enfant se porte et se nourrit à merveille.

Quels rapports existent entre l'affection dont je viens de faire connaître les caractères extérieurs, et les maladies congéniales de la langue, déjà observées chez les enfans nouveau-nés ? Quelle est, en second lieu, la nature de cette maladie ?

Avant de répondre à ces deux questions, et afin de répondre d'abord à la première, il ne sera peut-être pas sans intérêt et sans utilité pour le lecteur de lui rappeler en peu de mots quelques notions qui peuvent n'être pas toutes présentes à son souvenir.

Les vices congéniaux de la langue, déjà connus et décrits, qui peuvent rendre l'allaitement maternel difficile ou même impossible, ne sont pas très-nombreux. Tantôt le repli de la membrane muqueuse, qui constitue le frein, se prolonge jusqu'auprès de la pointe de l'organe, et en rend les mouvemens assez bornés et assez difficiles pour s'opposer à ce qu'il puisse embrasser convenablement le mamelon ; c'est cette affection que l'on désigne vulgairement par l'expression de *filet* (1). D'autres fois, l'adhérence de la face inférieure de la langue au plancher de la bouche résulte, non plus du prolongement anormal du frein, mais d'une tumeur solide, fongueuse, qui en occupe la place, d'une sorte de bourrelet enfin qui fixe la langue assez fortement à la paroi inférieure de la bouche pour en restreindre beaucoup les mouvemens et pour les rendre presque impossibles. Cette maladie a, comme on le sait, reçu le nom de soubrelangue (2). Chez d'autres enfans encore, les mouvemens de la langue ne sont empêchés ni par le prolongement du frein, ni par la tumeur fongueuse dont je viens de parler, mais ils le sont par des brides plus ou moins nombreuses, étendues et épaisses, qui fixent l'organe au plancher de la bouche, aux gencives, ou même à la face interne de l'une des joues (3). Il est des cas beaucoup plus rares enfin, dans lesquels il semble que les enfans soient dépourvus de l'aptitude nécessaire pour pouvoir téter, c'est-à-dire de cette faculté instinctive de succion dont la nature a heureusement doué tous les autres. La langue de ces enfans, sans être fixée par des liens réels, est seulement appliquée et comme collée à la voûte palatine, et ne s'en détacherait pas pour saisir le sein, si l'on n'avait le soin de glisser entre elle et le palais la manche d'une cuiller, ou mieux encore, une spatule, afin de déprimer l'organe de manière à ce qu'il puisse recevoir et saisir le mamelon (1). Je ne terminerai pas sans rappeler que, chez quelques enfans naissans, l'on a observé une absence complète ou presque complète de la langue ; que chez d'autres on l'a vue très-volumineuse ; que chez d'autres, enfin, cet organe a paru divisé en deux parties égales (langue bifide).

Lorsque l'absence congéniale de la langue a été remarquée, elle l'a presque toujours été chez des enfans atteints d'ailleurs de vices de conformation beaucoup plus graves, et en particulier d'aprosopie complète ou incomplète (2). La plupart de ces individus étaient nés morts, ou, s'ils étaient vivans, ils se trouvaient dans de telles conditions de non viabilité qu'ils n'ont survécu à leur naissance que peu d'heures, et fort rarement peu de jours, en sorte que l'influence de ce vice de conformation sur l'allaitement nous serait presque inconnu, si un fait très-curieux de ce genre n'avait été observé chez une jeune fille bien conformée d'ailleurs, et publié par De Jussieu dans les Mémoires de l'Académie des sciences pour l'année 1718. Je me contenterai de reproduire le propre récit de l'observateur. « Ne pouvant, dans le temps que sa mère l'allaitait, tirer, comme font les autres enfans, le lait par la succion, à laquelle la langue est nécessaire pour le ramasser et lui donner la direction vers le gosier, sa mère, qui s'aperçut de la difficulté avec laquelle elle la tétait, ne pouvait lui communiquer son lait que par la pression de la mamelle, dont cette fille serrait le bout avec ses lèvres. »

Le volume excessif de la langue peut, comme l'absence de cet organe, rendre l'allaitement maternel difficile, mais il ne le rend pas impossible ; comme le prouve le fait cité de Maurant. Enfin, quant à la division congéniale de la langue en deux moitiés latérales, disposition naturelle, comme on le sait, chez quelques espèces d'animaux, je n'en connais d'exemple incontestable que celui qui a été observé par Dana chez un fœtus de huit mois né mort, et chez lequel d'autres vices de conformation existaient indépendamment de celui-là. L'auteur conclut avec raison de la conformation anormale de la langue que si l'enfant était né vivant, l'allaitement maternel aurait été impossible (3). Je dois ajouter que beaucoup d'autres exemples de langues bifides ont été publiés ; mais il est facile de voir que ce ne

(1) De nombreux écrits ont été publiés sur cette maladie congéniale et l'opération qu'elle réclame, l'indication en serait beaucoup trop longue ; je me contenterai de rappeler comme les plus importans : 1° le mémoire de Petit, inséré parmi ceux de l'Académie des sciences, année 1742 ; 2° le *Traité des malad. chir.* du même auteur, tome III, p. 260 et suivantes ; 3° le mémoire de Levret sur l'allaitement des enfans, *Journal de méd., chir. et pharm.* de Vandermonde, t. XXXVII, année 1772 ; 4° *Dictionnaire de médecine* en 21 vol., art. ancyloglosse, première édition.

(2) *Journal de méd., chir. et pharm., loc. cit.* — Sur des tumeurs sublinguales, par Faure, *mémoires de l'Académie de chir., tom. V.*

(3) *Journal de méd., chir. et pharm., loc. cit.* — *mémoire de l'Académie de chirurgie, loc. cit.* — C'est sans doute à une altération de ce genre, ou peut-être même à un cas de soubrelangue compliquée d'un accroissement considérable dans le volume de la langue que doit être rapportée l'observation de Maurant, *Journal de méd., chir. et pharm.*, tom. XV, pag. 156.

(1) Sur un obstacle à l'action de téter peu connu, *mémoire de l'Académie de chirurgie*, tom. III, p. 16. — *Journal de méd., chir. et pharm.*, tom. XXXVII.

(2) Laroche, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1823, n° 41.

(3) Dana, mémoire de Turin, 1787, pag. 303

sont pas des cas analogues aux précédens. Dans ces cas, en effet, la langue, simple à sa base et dans toute sa portion adhérente, était divisée en avant, dans le sens de son épaisseur, en deux parties, ou plutôt en deux langues superposées. Quelques-uns de ces faits sont publiés sur de simples ouï-dire; d'autres ont été observés chez des fœtus nés morts, quelques-uns, enfin, chez des enfans nés déjà depuis quelque temps; mais les observateurs de ces faits ne nous ont laissé en général aucuns renseignemens sur la facilité ou la difficulté avec laquelle ces individus avaient été allaités. On comprend toutefois la possibilité de l'allaitement dans les cas que je viens de rappeler; car, dans la disposition anormale qui m'occupe, on ne voit pas que rien dût s'opposer absolument à ce que la langue supérieure remplît son office ordinaire (1). Qu'il me soit permis d'ailleurs d'exprimer ici l'opinion, fondée sur l'observation attentive de ces faits, que dans plusieurs d'entre eux, si ce n'est même dans le plus grand nombre, des tumeurs particulières, nées du plancher de la bouche et contiguës à la face inférieure de la langue, auront été prises pour une division de cet organe.

Telles sont les seules maladies congéniales de la langue qui aient pu s'opposer à l'allaitement maternel ou le rendre difficile, et qui aient été observées, ou du moins décrites jusqu'à ce jour. Il est facile de voir que la maladie que je viens de faire connaître n'a aucun rapport réel avec ces affections. Il en est une cependant, et c'est la tumeur sublinguale, ou soubrelangue, avec laquelle on pourrait croire, au premier abord, qu'il existe quelque analogie. Il m'importe, par conséquent, pour justifier l'opinion que je vais émettre sur la nature du vice congénial qui fait le sujet de cette note, et pour l'intelligence parfaite de ses caractères, d'établir nettement les différences qui existent entre ces deux maladies. La tumeur sublinguale, quand elle existe, occupe la place du frein, auquel elle est en quelque sorte substituée; elle fixe solidement la langue au plancher de la bouche. La tumeur que j'ai décrite appartenait, au contraire, exclusivement à la partie antérieure et inférieure de la langue; elle n'avait aucun rapport avec le frein au-devant duquel elle était située, et elle laissait libres tous les mouvemens de l'organe, excepté ceux par lesquels il saisit le mamelon et se moule en quelque sorte sur lui. La première de ces tumeurs est solide, pleine, de nature fongueuse; la seconde, au contraire, consistait en une poche à parois transparentes et minces, et dont la cavité contenait un liquide visqueux abondant; la soubrelangue est une affection dangereuse qui, rendant presque toujours l'allaitement naturel impossible, et s'opposant même à la déglutition de toute boisson, nécessite par cela même une opération grave, délicate et douloureuse. La tumeur que j'ai observée était au contraire une affection peu grave qui empêchait sans doute l'enfant de prendre le sein, mais ne s'opposait pas d'ailleurs à la déglutition des boissons, qu'enfin une opération très-facile et très-simple a pu guérir immédiatement.

(1) Borellus, obs. cent. 2, n° 63. — Ephém. des cur. de la nat., déc. 1, années 9 et 10, obs. 137. — Id. cent. 3 et 4, obs. 42. — Schenk, obs., liv. 1. n° 382. — Mortimer philosoph., transact., tom. 45, p. 232. — Eschenbach, obs., pag. 8; dans ce cas l'auteur dit expressément que l'allaitement eut lieu sans difficulté.

Quelle est la nature et la cause de l'affection congéniale qui s'est offerte à mon observation? Cette question me paraît facile à résoudre. Il existait entre cette affection et celle qui est connue sous le nom de grenouillette ou de ranule une trop remarquable analogie sous le rapport de la forme du volume et de l'apparence extérieure des parois, et surtout des caractères tout particuliers du fluide évacué par l'opération; enfin elle était trop rapprochée du lieu qu'occupe ordinairement la tumeur produite par l'oblitération des conduits de Warthon pour qu'il nous soit possible d'assigner à celle que nous avons observée une autre nature et une autre origine; la maladie que nous avons fait connaître n'était donc autre chose qu'une grenouillette congéniale différant toutefois de cette maladie à l'état ordinaire en ce qu'au lieu de reposer comme elle et d'adhérer au plancher même de la bouche, fort près du lieu où la langue cesse d'être libre et de n'avoir avec la face inférieure de cet organe que de simples rapports de contiguité, elle était placée au devant du frein dans l'épaisseur même de la partie antérieure et libre de la langue, dont elle faisait pour ainsi dire partie, et elle était complétement étrangère au plancher de la bouche. Il est probable alors, si mon opinion est fondée, que le conduit ou les conduits de Warthon, au lieu de se terminer au-dessous de la langue et sur les côtés du frein, comme cela s'observe en général, se prolongeaient jusque dans l'épaisseur même de la partie libre de cet organe sous la membrane muqueuse qui le tapisse, à moins qu'on n'admette, ce qui serait plus juste peut-être, que la tumeur salivaire, dont je viens de parler résultait de la dilatation de l'un des conduits excréteurs des petites glandes linguales qui existent à la face inférieure de la langue, entre le lingual et le génio-glosse; dans cette hypothèse le fait que je publie prouverait, ce qui était resté incertain jusqu'à ce jour, que ces petits organes sont réellement une dépendance de l'appareil sécréteur de la salive.

Enfin si je ne me suis pas trompé sur la nature de la tumeur qui s'est offerte à mon observation, et il ne me semble pas qu'une erreur ait été possible, l'existence de cette maladie congéniale démontrerait non-seulement que les organes sécréteurs de la salive, développés, comme on le sait, à une époque assez rapprochée de la conception, sont en exercice avant la naissance; mais encore la consistance du liquide contenu dans la poche que j'ai dû ouvrir, porterait à penser que les fonctions de ces organes s'accomplissent, en partie du moins, assez longtemps avant le terme de la vie intra-utérine.

Je terminerai par une dernière observation; l'opération que j'ai pratiquée a consisté dans une incision de peu d'étendue, et il est évident qu'elle a suffi puisqu'aucune accumulation nouvelle de liquide ne s'est faite depuis. J'ai cependant craint que cet accident n'arrivât, et dans ce cas j'avais l'intention de pincer la paroi du sac et d'en exciser une petite partie. Si cette excision avait donné lieu à un écoulement de sang trop abondant, j'aurais cautérisé le contour de la plaie avec le nitrate d'argent. Je présume toutefois que l'action même de la langue pendant les efforts de succion, la compression légère et l'aplatissement qu'elle éprouve chaque fois que l'enfant tient le mamelon, sont des circonstances qui chez l'enfant nouveau-né contribueront presque toujours à l'évacuation parfaite du liquide et s'opposeront à ce qu'il s'accumule de nouveau, dans

les cas du moins qui ressembleront à celui que je viens d'exposer.

## REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

### JOURNAUX ITALIENS.

Réponse à cinq questions proposées par le gouvernement autrichien sur la pellagre. — Rapport sur la vaccination, sur une épidémie de variole affectant des individus vaccinés, et sur la revaccination. — Relation de la dernière maladie de Scarpa et des résultats de l'autopsie. — Traitement des fièvres intermittentes par les astringens. — Procédé simplifié pour la ligature des artères.

La presse périodique médicale est principalement représentée en Italie par les *Annali universali di medicina*, de Milan, et l'*Osservatore medico*, de Naples. Tous les numéros de ce dernier qui nous sont parvenus depuis le commencement, sont remplis par des extraits de journaux étrangers, et plus particulièrement de la Gazette Médicale. A peine y trouve-t-on quelques observations originales et généralement peu importantes. Nous attendrons donc à une autre revue pour rassembler ces faits, d'ailleurs isolés, et nous nous bornerons cette fois à l'analyse des Annales universelles, en commençant par le numéro de janvier.

### ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

(Gennajo 1833.)

Le numéro de janvier renferme quatre articles originaux, savoir : 1° des Observations sur la statistique médicale en général, suivies d'une esquisse d'une statistique médicale de la ville d'Orviéto ; c'est un essai de topographie médicale dont le sujet est trop éloigné de nous pour qu'il soit utile d'en donner l'analyse, 2° une Réponse à cinq questions proposées par le gouvernement au sujet de la pellagre ; 3° un Rapport sur la vaccination, sur une épidémie de variole affectant des individus vaccinés, de différens âges, et sur la revaccination ; 4° une relation de la maladie de Scarpa, comprenant les résultats de l'autopsie.

Réponse à cinq questions proposées par le gouvernement impérial et royal au sujet de la pellagre ; par le professeur Chiappa.

L'occasion qui a donné naissance à ce mémoire ajoute une importance toute particulière à ses conclusions. En 1820, le gouvernement autrichien transmit à la faculté de médecine de l'université de Milan une masse énorme de papiers relatifs à la pellagre, envoyés de tous les points du royaume par les directeurs et les médecins des hôpitaux, les médecins provinciaux, etc., avec ordre d'en faire un résumé, et de proposer des mesures propres à diminuer ou même, s'il était possible, à faire disparaître cette affreuse maladie. Les professeurs Hildenbrand et Chiappa furent chargés de ce travail, que ce dernier livre aujourd'hui à la publicité. Le gouvernement avait posé les questions suivantes :

1° Est-il vrai qu'en 1819 la pellagre ait attaqué un plus grand nombre de sujets que de coutume ? Tous les renseignemens s'accordent à répondre qu'au contraire, en 1819 et même en 1820, le nombre des pellagreux a diminué, relativement aux années précédentes, dans la proportion de 40, 50 et 60 pour 100.

2° A quelles causes faut-il attribuer ce résultat ? Ici encore tous les médecins, à quelque localité et à quelque doctrine qu'ils appartiennent, font une réponse unanime, ils attribuent la diminution de la pellagre à l'abondance des céréales, et au bas prix du pain et du vin amené par les récoltes des années 1817, 1818 et 1819.

3° Dans quels lieux et en quels temps se manifeste la pellagre ? — Cette maladie s'est montrée pour la première fois dans le Milanais vers le milieu du siècle dernier. De là elle a progressivement gagné les autres provinces de la Haute-Italie ; en sorte qu'à présent elle règne avec plus ou moins d'intensité dans toute la Lombardie et dans beaucoup de provinces de l'état de Venise. Elle est inconnue dans les villes et les grandes terres ou châteaux ; les hautes montagnes en sont jusqu'à présent exemptes ; ainsi la Valteline en est heureusement préservée. Les collines et les moyennes hauteurs semblent les lieux qu'elle affectionne davantage ; ainsi elle sévit surtout parmi les collines de la Brianza, et dans les provinces de Como et de Bergame. On prétend que la nature de ces terrains crayeux ou sablonneux a une fâcheuse influence ; les plaines, surtout celles qu'arrosent des rivières, paraissent à quelques-uns moins propres à la production de la maladie. Mais en examinant la chose avec maturité, il devient, dit le professeur, de la dernière évidence, que ce ne sont point les accidens de terrains, montueux ou aplatis, arides ou arrosés de courans d'eau, qui prédisposent à la pellagre, mais uniquement l'état de misère et de détresse des populations. La pellagre ne suit point une marche géographique régulière ; elle disparaît des contrées riches pour accabler les endroits où la pauvreté engendre la malpropreté et toutes ses conséquences.

Quant aux temps où elle se montre, il est parfaitement connu qu'elle apparaît au printemps, s'accroît en été, diminue en automne, et se suspend durant l'hiver pour reparaître au retour de la belle saison. Quelquefois elle revient peu après le solstice d'hiver ; en certaines années au mois de février et de mars ; mais le plus souvent elle attend l'équinoxe de printemps ; aux mois d'avril et de mai, elle se déploie dans toute sa force. Ceux qui en ont été une fois atteints la reprennent de nouveau, s'ils continuent à être exposés aux mêmes causes, entourés des mêmes agens, soumis aux même influences. Chaque année donc le mal va croissant en intensité ; en sorte qu'après peu d'années le pellagreux, quand il ne succombe pas, finit par demeurer insensé et invalide. La manie, les vertiges, la dyssenterie, l'étisie sont les suites des attaques répétées de la pellagre ; et beaucoup de malheureux qui en sont atteints mettent fin à leurs jours en se jetant dans un puits ou dans la rivière.

4° Quels sont les moyens employés jusqu'à présent pour faire cesser cette maladie, et quels résultats en a-t-on obtenus ? — De tout temps depuis l'apparition de la maladie, on a cherché les moyens

de l'extirper; mais les essais tentés, soit dans le grand hôpital de Milan, soit dans l'hospice des Pellagreux, établi à Legnago par ordre de l'empereur Joseph II, n'ont pu faire découvrir encore, ni un remède spécifique, ni un traitement combiné qui réussit dans le plus grand nombre des cas. On est seulement arrivé à établir, et c'est de nos jours une chose universellement admise, qu'une nourriture abondante et animale, jointe à une habitation calme et à l'ombre, suffit à guérir radicalement la maladie à son début, et à procurer une amélioration sensible quand la pellagre est arrivée à un certain degré. Quand aux remèdes pharmaceutiques, on en a tant proposé de toutes façons qu'il en résulte pour l'efficacité de chacun la plus singulière incertitude. En général la méthode stimulante est en vigueur; M. Chiappa s'élève contre. Selon lui, c'est une maladie à diathèse de stimulus, et qui ne veut pas en général un autre traitement que la fièvre synoque ou toute autre maladie franchement inflammatoire. Dans quelques cas seulement, elle s'offre avec diathèse de contro-stimulus, et alors certainement il lui faut un traitement stimulant. Dans tous les cas, le régime doit être animal; seulement, on choisira, quand le mal est inflammatoire, des viandes de facile digestion.

Cette inflammation est d'ailleurs toute spéciale, et pourrait s'appeler *inflammation pellagreuse*. Elle commence le plus souvent par le tube gastro-intestinal, se montrant de prime-abord aux gencives; à la bouche et au gosier. Puis elle se manifeste à la peau, et spécialement au dos des mains et aux autres parties frappées du soleil. Elle envahit ensuite les muscles et les nerfs, et enfin la moelle épinière et le cerveau, et alors commence le délire et la manie. N'oubliez pas, pour compléter ce tableau racourci, que la maladie a une sorte d'intermittence déjà signalée, et qu'elle fait trève durant l'hiver pour reparaître au printemps et pendant l'été.

5° Quels sont les mesures les plus convenables pour extirper, s'il est possible, la maladie du royaume, ou du moins pour en arrêter les progrès? — Cette maladie n'attaque que les paysans et les hommes qui travaillent à la terre, mal vêtus, mal nourris, mal abreuvés, mal logés. Les femmes; et surtout les nourrices et les femmes en couche, et les convalescens des deux sexes, y sont surtout exposés. Ceux qui exercent un métier sédentaire en sont rarement atteints. En un mot, la misère est la cause principale de la maladie; c'est ainsi qu'on l'a vue horriblement s'accroître pendant la disette de 1775, en 1801, en 1815 et 16, et décroître aussi sensiblement au retour de l'abondance. C'est de ce point de vue que part l'honorable professeur pour soumettre au gouvernement un projet de réglement en 19 articles, basé en général sur les plus sages règles de l'hygiène publique et privée. Ce travail fut achevé en 1820 et transmis au gouvernement autrichien. Après treize ans, l'auteur a jugé utile de le publier. N'est-ce pas avouer très-clairement que le cœur paternel de Sa Majesté, comme dit l'auteur italien, si empressé à chercher un remède aux maux de ses peuples, a mis bien moins d'empressement à l'appliquer?

Rapport sur la vaccination, sur une épidémie varioleuse affectant des individus vaccinés de différens âges, et sur la revaccination, par le docteur F. S. Festler.

C'est un rapport sur une épidémie qui a affecté la commune d'Albignasegno, adressé par l'auteur à la délégation impériale et royale de Padoue.

La maladie commença par une femme de 22 ans, vaccinée dans son enfance, comme le témoignaient des cicatrices visibles sur chacun de ses bras, et qui n'avait été en contact avec aucun varioleux depuis environ deux ans. Elle n'eut qu'une simple varioloïde, dont elle guérit très-bien. Une infirmière de 26 ans qui l'avait soignée sans précaution, et qui n'avait point été vaccinée, prit la vraie petite vérole, et fut si gravement atteinte qu'elle succomba. Elle propagea la maladie à d'autres, parmi lesquels on compta seulement cinq individus non vaccinés, et plus de cinquante antérieurement vaccinés. Voici le sommaire des principales observations faites par l'auteur, sur la forme de la maladie chez ces derniers.

1° Les sujets les plus jeunes, ou ceux dont la vaccine remontait à une époque moins ancienne, formaient la plus petite partie des malades, et étaient le plus légèrement affectés. Ils n'offraient en général que les symptômes de la varicelle.

2° Les sujets qui avaient passé l'âge de quinze ans furent plus particulièrement atteints de la varioloïde; ils formaient le plus grand nombre des malades. Cela ne veut pas dire qu'aucun d'eux n'eût la varicelle; mais ce qui est exact, c'est qu'aucun des malades au-dessous de quinze ans n'eut la varioloïde, et que parmi les autres, plus le sujet était jeune et plus l'exanthème était benin et léger.

3° Un seul individu vacciné eut la vraie variole; c'était un jeune homme de 26 ans; la variole fut très-intense et confluente, toutefois ce malade guérit heureusement.

Du reste, la proportion des individus vaccinés atteints de la contagion, lorsque le docteur Festler quitta la commune, pouvait être évaluée à un vingtième du nombre total des vaccinés; elle a dû augmenter depuis, l'épidémie n'étant point encore terminée lors du départ du docteur.

Le docteur Festler songea donc à pratiquer une vaccination nouvelle chez les sujets qui l'avaient été depuis long-temps. Il expose d'abord le résultat de cinquante revaccinations, tentées par lui auparavant, sur des sujets de 2 à 32 ans. Il n'y en eut pas plus de 2 sur qui la seconde vaccine produisit des effets satisfaisans. Ainsi, 1° dans les trois cinquièmes des cas, on n'obtenait aucun résultat; 2° chez d'autres, il naissait, le troisième ou le quatrième jour, un bouton acuminé qui se couvrait d'une croûte au 5e ou au plus tard au 7e jour, et disparaissait deux ou trois jours après sans laisser aucune trace; 3° ou bien le bouton se développait à peu près comme un vrai bouton de vaccine, mais tardivement, d'une manière chétive et irrégulière; le pus ne paraissait pas siéger profondément dans le tissu cellulaire sous cutané; en un mot, le bouton était plutôt comparable à ceux de la varioloïde.

Le pus d'un semblable bouton servit à vacciner une jeune fille de 8 mois, non vaccinée encore; le bouton ne parut que le huitième jour; il parcourut aussi ses périodes plus lentement qu'à l'ordinaire; toutefois, il laissa les cicatrices accoutumées. Et même un an après, l'enfant ayant été revaccinée avec le pus d'un bouton de vaccine régulière, on n'obtint de cette nouvelle opération aucun résultat. On fit une autre expérience sur un enfant d'un an, qu'on vaccina à la fois avec du vaccin obtenu chez la première jeune fille par l'inoculation du pus

des revaccinés, et avec du vaccin obtenu d'une vaccination regulière. Celui-ci fournit des boutons parfaitement réguliers; mais lorsqu'ils avaient déjà quatre ou cinq jours de date, on vit seulement apparaître les boutons irréguliers du premier, et on put suivre ainsi les progrès et la marche du vaccin vrai régulier et irrégulier.

La femme de l'auteur fut revaccinée deux fois, toujours avec succès; mais le bouton de la seconde vaccination était moins parfait qu'à la première, et celui de la troisième fois plus modifié encore.

La revaccination fut donc pratiquée sur plusieurs sujets de la commune d'Albignaseno, et ses effets étudiés par le docteur Pittoni, qui succéda au docteur Festler. Elle réussit en quelques cas, manqua en d'autres; mais tous les individus revaccinés échappèrent à la contagion.

Ces faits démontrent donc d'abord l'utilité de la vaccine, même chez les individus que la contagion atteint; secondement, on voit que l'action de la vaccine s'affaiblit à mesure que la date de la vaccination devient plus ancienne; et troisièmement enfin, dans les épidémies varioleuses, on ne saurait mettre en doute l'utilité de la revaccination.

---

## ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

(Febbrajo 1833.)

Ce numéro contient trois articles originaux : 1° un Discours inaugural sur les avantages des voyages pour le médecin; par le professeur Carlo Spessa, de Parme; travail qu'il suffit de mentionner pour mémoire; 2° un Mémoire sur la condition pathologique des fièvres intermittentes, et sur la propriété anti-périodique des astringens, particulièrement de l'alun et des sulfates de fer et de zinc; 3° l'Exposé d'un procédé simplifié pour la ligature des artères.

### Sur la condition pathologique des fièvres intermittentes et sur l'action anti-périodique de l'alun, etc.; par le docteur Francesco Saverio Festler.

Dans l'automne de 1831, l'auteur se trouvant au milieu d'une épidémie de fièvres intermittentes, s'occupa à chercher un moyen de les combattre plus facile à se procurer que le sulfate de quinine, et surtout moins cher pour de malheureux paysans. Il imagina de lui substituer le seigle ergoté, et put bientôt rassembler plus de trois cents cas de succès, qui servirent de base à un mémoire spécial, inséré dans le tome 70 de ces Annales.

Il n'avait pu se décider à administrer un médicament d'une action héroïque contro-stimulante et éminemment astringente, tel que le seigle ergoté, sans avoir profondément médité sur la maladie contre laquelle il voulait l'employer; c'est le fruit de ces réflexions qu'il dépose dans ce nouveau mémoire. Il se jette donc dans de savantes divagations sur la nature des fièvres intermittentes. Il les croit, quant à lui, inflammatoires, affectant d'ordinaire le tube intestinal, et, ce lui semble, au moins en partie le foie et la rate. Il appuie sa doctrine par l'examen des traitemens successivement préconisés, et recherche ensuite, toujours de son point de vue, par quelle action sur les vaisseaux capillaires les astringens peuvent guérir la fièvre; tout cela ne tient pas moins de vingt pages.

Ce qui est plus important pour nous, c'est qu'à la suite de ses essais sur le seigle ergoté, l'auteur fut amené, de raisonnemens en raisonnemens, à expérimenter l'alun, le sulfate de fer et le sulfate de zinc; il a consacré au résultat de ses expériences les trois dernières pages de son mémoire.

Plusieurs médecins paraissent avoir employé l'alun avant lui comme anti-périodique; mais aucun n'en avait bien déterminé la dose; et, pour rendre à chacun sa part, nous devons ajouter que le docteur Festler affirme qu'il a été conduit à l'emploi de l'alun par sa seule théorie. Il en donne de deux à trois grains au plus toutes les heures, jusqu'à la dose de deux scrupules ou d'un gros pour les adultes les plus robustes. Administré de cette manière dans l'intervalle des accès, l'alun prévenait l'accès suivant, ou au moins en diminuait la force; et une seconde ou tout au plus une troisième dose, amenaient finalement la guérison. Le médicament ne manquait son effet que quand, par suite d'une trop longue durée de la fièvre, il existait une lésion organique permanente et manifeste, comme une hypertrophie des viscères, une irritation chronique enracinée de la muqueuse intestinale, etc.

M. Festler le prescrivait le plus communément sous forme de pilules, avec un extrait amer; quelquefois en poudre, ou même en solution dans une décoction amère. Quand il le combinait avec la digitale, il ne dépassait pas la dose de 20 grains pour cette dernière substance.

Les malades traités et guéris avec l'alun ont offert les phénomènes suivans : Accélération du pouls avec un rétrécissement manifeste de l'artère explorée; le nombre des battemens se limitait entre 80 et 90; ensuite apparaissaient de la pâleur à la face et de la tristesse dans les yeux, symptômes qui duraient plusieurs jours; dans tous les cas favorables avait lieu une légère moiteur ou une sueur générale décidée, qui persistait deux ou trois jours au plus; les selles étaient libres, et le ventre ne se resserrait que plus tard; la langue se nettoyait et prenait une couleur rouge-pâle; la soif disparaissait; la bouche devenait humide; le goût était obtus ou fade; quelquefois, quand la dose tirait à sa fin, il y avait des nausées, un léger vomissement ou une courte diarrhée.

Les fièvres franchement intermittentes de printemps, d'été et d'automne, cédaient également bien à son action. Ajoutons que l'ingestion de cette substance ne doit donner aucune crainte sérieuse; M. Orfila a prouvé qu'on peut l'administrer à dose assez forte sans empoisonnement, et M. Festler en a fait avaler à des chiens jusqu'à 2 onces en une fois sans produire d'autres accidens que le vomissement et une diarrhée passagère.

Il a voulu aussi expérimenter le sulfate de fer pur à la dose de deux grains par heure, jusqu'à trente grains, dans l'intervalle d'un accès à l'autre; et le sulfate de zinc à la dose d'un demi-grain toutes les deux ou trois heures, sans dépasser en totalité huit grains. Il les prescrivait en pilules avec un extrait amer. Le sulfate de zinc exige beaucoup de précaution dans son administration, pouvant facilement produire le vomissement. L'auteur dit en avoir obtenu des succès, mais il n'a pas encore suffisamment multiplié les expériences.

Procédé simplifié pour la ligature des artères; par J.-B. Brugnon.

C'est un immense mémoire de quinze pages, où l'auteur traite, avec toute la prolixité italienne, des choses connues de tout le monde, avant d'en venir à son procédé, qu'il emploie, dit-il, depuis trente ans, et avec lequel il espère prévenir désormais les hémorragies secondaires qui suivent trop fréquemment la ligature. Voici ce fameux procédé.

Prenez un fil de chanvre seul ou uni à quelques autres, selon la grosseur du vaisseau; faites le bouillir dans de l'eau de savon, puis dans l'eau pure, pour lui donner assez de souplesse en lui conservant assez de force; roulez-le en peloton et battez-le à petits coups avec un léger maillet de bois; vous aurez une ligature excellente, et qui n'aura pas besoin d'être cirée. Passez-la autour de l'artère, suivant le procédé vulgaire, et liez-la enfin, soit avec un simple nœud, soit avec un nœud coulant. L'expérience a démontré à M. Brugnon que ce nœud suffit pour arrêter le cours du sang, et qu'il ne se desserre jamais. On ramène les bouts du fil en dehors, sans exercer de traction; on les place à l'angle de la plaie à la manière ordinaire, et on tâche de réunir la plaie à l'aide du bandage des plaies en long. D'ailleurs, ce bandage n'est pas même essentiel au procédé; car le procédé s'applique aussi bien aux artères coupées, soit par suite de lésions accidentelles, soit dans les grandes opérations.

---

Sur le jugement du tribunal de Domfront dans l'affaire du docteur Helie.

Nos lecteurs se rappellent l'affaire du docteur Hélie. Ce médecin ayant été appelé auprès de la femme Foucault, en travail d'enfant, crut l'enfant mort, et lui coupa les deux bras pour faciliter la délivrance et sauver la mère. L'enfant n'était pas mort; il survécut à cette mutilation. De là, procès intenté au docteur Hélie par la famille Foucault. Cette affaire, dont les débats ont duré sept ans, et dans laquelle l'Académie de médecine a été appelée à donner son avis, vient d'être jugée par le tribunal de Domfront. Le docteur Hélie a été condamné à payer une rente viagère à l'enfant Foucault. Ce jugement, remarquable sous plus d'un rapport, est précédé de considérans, vrai réquisitoire où tous les faits de l'accusation sont reproduits interprétés de la manière la plus partiale. Nous ne répondrons pas aux allégations qu'il renferme; nous ne relèverons même pas les erreurs tranchantes que le tribunal présente comme des vérités incontestables dans l'art des accouchemens. Nous nous bornerons à quelques réflexions sur la manière dont l'Académie de médecine a répondu au tribunal de Domfront, et sur le jugement considéré sous le rapport de la responsabilité médicale.

Voici d'abord le jugement du tribunal, précédé de ses considérans : c'est une pièce à enregistrer dans les annales de la médecine légale, comme interprétation inique des articles 1382 et 1383 du Code civil, et comme précédent des plus fâcheux contre l'exercice de notre profession.

« En se résumant et en appréciant définitivement l'avis de l'Académie royale de médecine, sur les quatre questions qui lui étaient soumises, le tribunal doit le dire, parce que telle est sa conviction, il ne peut prendre absolument pour règle de la décision qu'il doit porter, cet avis incomplet, où les questions sont éludées plutôt que répondues, et délibérées sous l'influence de cette pensée prédominante, qui est que les médecins, dans l'exercice de leur profession, ne sont pas justiciables des tribunaux par rapport aux fautes graves qu'ils commettent, résultantes du défaut de science, de l'imprudence et de quelque cause que ce soit, pourvu qu'il n'y ait pas coupable application des moyens de l'art, faite sciemment, avec préméditation, et dans de perfides desseins ou de criminelles intentions, pensée que le tribunal ne peut partager;

Considérant que si le tribunal ne trouve pas dans l'avis de l'Académie royale de médecine tous les secours qu'il en attendait pour prononcer sur la question importante qui lui est soumise, il n'a pourtant qu'à se louer de l'avoir consultée; car de la discussion vive et prolongée qui a eu lieu dans son sein, et à laquelle ont pris part les hommes du plus grand mérite, il est sorti une lumière bien vive qui doit le guider dans l'examen des questions suivantes, qu'il croit devoir résoudre avant de prononcer un jugement :

1° Y a-t-il un préjudice causé par l'amputation des bras de l'enfant Foucault?

2° Le sieur Hélie a-t-il commis dans l'accouchement de la femme Foucault, une faute ou une imprudence de la nature de celles qui peuvent donner lieu à la responsabilité?

3° Dans les cas de l'affirmative, quelle doit être la quotité des dommages et intérêts?

Considérant, sur la première question, qu'il est constaté par l'enquête que les douleurs pour accoucher n'ont commencé chez la femme Foucault que le 22 septembre, vers quatre heures de l'après-midi; qu'elles n'ont été vives et pressantes que le lendemain, après six heures du matin; que tout annonce aussi que ces douleurs vives et pressantes n'ont eu lieu qu'après l'arrivée du docteur Hélie; qu'il est également prouvé par l'enquête qu'après six heures du matin la sage-femme qui assistait la dame Foucault, explorant et touchant pour la première fois, sentit seulement l'extrémité de la main droite de l'enfant au passage; que plus tard, explorant pour la seconde fois, pendant qu'on était allé chercher le médecin, elle ne fit qu'apercevoir l'extrémité de cette même main; qu'à ce moment la main gauche n'était pas encore engagée; qu'il est constant que le médecin arriva au plus tard à neuf heures, et que l'accouchement était terminé une heure après; qu'enfin l'enquête établit que peu de temps avant l'arrivée du docteur Hélie on a vu remuer tous les doigts de la main droite de l'enfant lorsqu'elle était sortie; qu'ainsi la pression du bras de l'enfant n'a pu être violente ni de longue durée, et n'a pas dû produire le sphacèle; qu'elle a dû le produire moins encore par le bras gauche, qui à peine se trouvait engagé; qu'on ne peut douter de l'absence du sphacèle, si on fait attention qu'au moment de l'ablation des deux bras, le sang sortait déjà des plaies, peut-être en petite quantité, mais qu'un peu plus tard il a coulé avec abondance quand le couteau qui a servi à l'opération en était teint, et qu'on en a vu sortir des bras amputés, et que ces bras étaient sans odeur; quand le chirurgien qui a pansé les plaies en a rapproché les lèvres, il n'a vu au-

cune marque de gangrène ni de mortification; quand enfin l'Académie reconnaît dans la réponse qu'elle a fait à l'une des questions qui lui étaient proposées, que tout annonçait que les bras de l'enfant n'étaient pas gangrenés; si le sphacèle n'existait pas, comme il faut le reconnaître, le préjudice causé par l'amputation des bras de l'enfant Foucault est évident;

Considérant, sur la seconde question, que, pour la résoudre, on se dispensera d'examiner si on doit regarder comme un point de doctrine bien constant que l'ablation des deux bras soit tout-à-fait inutile pour faciliter l'accouchement, tellement que, dans aucun cas, on ne doive recourir à cette opération; prononcer sur ce point serait témérité quand la question est controversée, et que l'Académie se prononce pour la négative. Le tribunal doit d'autant moins s'occuper de cette question, que, pour décider si le sieur Hélie, dans l'accouchement de la femme Foucault, à commis une faute de la nature de celles qui peuvent donner lieu à la responsabilité, les autres circonstances de cet accouchement fournissent des élémens suffisans pour motiver une décision;

Considérant que si l'Académie a consigné, dans l'avis qu'elle a donné, que quelquefois on pouvait recourir à l'amputation des bras pour faciliter l'accouchement en même temps elle a énoncé qu'on ne pouvait user de ce procédé que dans des cas extrêmement rares, quand on a mis en pratique tous les autres moyens indiqués par les docteurs qui ont écrit sur cette matière; enfin, dans le cas d'une nécessité impérieuse : ce cas s'est il présenté dans l'accouchement de la femme Foucault? Non sans doute.

Le travail de l'enfantement n'avait été ni long ni extrêmement pénible; quelques douleurs s'étaient fait sentir; mais elles ne remontaient pas au-delà de deux heures avant l'accouchement, si on consulte l'enquête; une seule douleur vive eut lieu, et ce fut après l'arrivée du médecin-accoucheur : le travail était récent. Alors que fallait-il faire? tenter la version. « Mais, dit le sieur Hélie, la chose n'était pas possible, vainement j'ai essayé d'introduire la main pour pratiquer cette manœuvre que je connaissais. »

On peut révoquer en doute cette assertion, la facilité avec laquelle le sieur Hélie a opéré la version, après l'ablation des bras, le peu de temps qu'il a mis à terminer cette opération, la mobilité qu'il a trouvée dans les bras qu'il a tirés à lui, prouvent que l'orifice de l'utérus était facile à dilater.

En eût-il été autrement? Quelle était la conduite à tenir pour le médecin accoucheur? A cet égard, on ne peut dire que tout était laissé à son libre arbitre; les prescriptions sont consignées dans tous les ouvrages des maîtres de l'art. Avant d'essayer l'introduction de la main, le sieur Hélie devait l'enduire de corps gras qui l'auraient facilitée, ce qu'il n'a pas fait, puisqu'il n'a pas même demandé qu'on lui en procurât. Si la tentative avait été infructueuse, il devait temporiser, faire mettre la femme au bain, renouveler ses efforts, surtout après l'ablation du premier bras, toujours avec les précautions indiquées. Si ses efforts étaient encore infructueux, renouveler le bain, pratiquer la saignée suivant l'occurence, faire appeler des confrères en consultation et pour lui servir d'aides.

Loin de là, qu'a fait le sieur Hélie? Une heure au plus lui a suffi pour faire les préparatifs de l'accouchement; tenter, dit-il, l'introduction de la main sans l'avoir préalablement enduite de corps gras, couper deux bras, opérer la version et délivrer la femme Foucault. Une telle précipitation, on en conviendra, est étonnante; on ne pourrait la concevoir que dans un seul cas, celui où le danger de la mère aurait été imminent. Ce danger, à la vérité, est mis en avant, mais il n'est qu'imaginaire. En effet, la femme Foucault est bien constituée. Après six heures du matin, le jour de l'accouchement, elle se promenait encore dans son jardin; le travail de l'enfantement n'a duré que peu de temps; les douleurs n'ont été ni extrêmement vives, ni multipliées, ou plutôt, elle n'en a ressenti qu'une; point d'hémorragie, point de faiblesses, point de convulsions; la femme Foucault se rend sur le lit de douleur aidée seulement d'un bras; elle quitte ce lit après l'opération, et marche encore. En la quittant, le docteur ne fait aucune prescription, son rétablissement est prompt. De tout cela, il faut en convenir, on doit nécessairement conclure que jamais la femme Foucault n'a couru de dangers réels; que le sieur Hélie avait le temps nécessaire pour suivre, dans un accouchement qui présentait des difficultés, les prescriptions de ceux qui furent ses maîtres; que ne l'ayant pas fait, mais au contraire, ayant agi sans prudence et avec une précipitation incroyable, il est coupable d'une faute grave qui le rend responsable du dommage résultant de la mutilation de l'enfant Foucault;

Considérant, sur la troisième question, que la position dans laquelle se trouve l'enfant Foucault est véritablement désolante, sans espoir de fortune du côté de ses parens; hors d'état de satisfaire à ses besoins par le travail, il ne peut qu'être à charge à la société et à lui-même, et, sous cet aspect, des dommages-intérêts lui sont dûs. Toutefois, le tribunal doit les arbitrer avec modération; car le sieur Hélie ne jouit pas d'une fortune bien considérable, et s'il a commis une faute grave, il paraît qu'elle n'a eu pour principe que la persuasion où il était, mal à propos sans doute, et sans que rien la justifiât, qu'il ne travaillait que sur un cadavre;

Par ces motifs, le tribunal ayant tel égard que de raison aux rapports et avis de l'Académie de médecine, en date du 29 septembre 1829, déposés au greffe de ce tribunal, le 15 juillet 1830; vu ce qu'il résulte des enquêtes et des autres documens du procès, dit à bon droit et légitime l'action des époux Foucault aux qualités qu'ils agissent, introduite devant ce tribunal contre le sieur Hélie, docteur-médecin; et faisant droit sur cette action, dit qu'il y a eu au moins précipitation de la part dudit sieur Hélie, en enlevant les deux bras de l'enfant Foucault, au sein de la mère, avant d'employer les moyens usités en pareil cas, et sans appeler aucun confrère à son secours, quoiqu'il eût pour cela tout le temps nécessaire; que cette précipitation constitue une faute grave qui rend le médecin-accoucheur responsable;

En conséquence, condamne le dit sieur Hélie à payer à l'enfant Foucault, à partir du jour de la demande, une rente viagère et alimentaire, et exempte de retenue, qui sera de 100 fr. par an, jusqu'à ce que ledit enfant Foucault ait atteint l'âge de dix ans, et de 200 fr aussi par chaque an, depuis l'époque où il aura atteint l'âge de dix ans et pendant tout le restant de la vie de cet individu;

Condamne le sieur Hélie en tous les dépens de l'instance. »

L'Académie de médecine, avons-nous dit, avait

été appelée à donner son avis dans cette affaire. On sait qu'une première commission déclara dans son rapport que le docteur Hélie avait commis une faute. L'Académie en corps ne voulut point approuver une conclusion aussi sévère et surtout aussi dangereuse par ses conséquences pour la responsabilité médicale. Une seconde commission, dont M. Dupuytren faisait partie, et qui eut M. Double pour rapporteur, présenta d'autres conclusions : elles se résumaient à dire que les documens transmis n'étaient ni assez complets, ni assez clairs pour permettre de porter un jugement. Malheureusement l'effet du premier rapport était produit, et par une inconséquence inexplicable de la part d'un homme plein de modération et de réserve en toute chose, ce rapport fut publié en entier dans les Annales d'hygiène publique, long-temps avant la fin des débats. Le tribunal pouvait donc se dispenser de s'en rapporter à la réponse officielle de l'Académie, d'autant plus qu'elle n'était affirmative en aucun point; comme on peut s'en convaincre par la lecture des considérans, il aima mieux s'appuyer sur les interprétations plus sévères de la première commission. Maintenant l'Académie aurait-elle pu éviter le conflit qui s'est élevé entre plusieurs de ses membres et par là sauver le docteur Hélie d'une condamnation? C'est ce qu'il est permis de croire. La manière dont les questions avaient été posées par le tribunal était fort embarrassante ; mais l'Académie ne devait pas les accepter sous cette forme, à moins de recourir, comme l'a fait la seconde commission, à un doute systématique qui n'était pas toujours d'accord avec la science, et qui a dû gêner les consciences un peu trop timorées de quelques hommes spéciaux. Nous croyons savoir que M. Paul Dubois avait proposé un moyen fort sage de concilier tous les intérêts, ceux de la science et de la profession avec ceux de l'accusé. C'était de substituer aux questions captieuses et préventives du tribunal cette simple question qui résolvait toutes les difficultés; savoir : 1° le docteur Hélie a-t-il cru que l'enfant Foucault était mort? 2° La position de la mère et de l'enfant lui permettaient-elles d'avoir cette croyance?

Nous n'avons pas besoin de montrer comment il eût été possible de résoudre cette question favorablement au prévenu, sans blesser la conscience des accoucheurs et mentir aux préceptes de leur art. Il suffisait de se placer dans la position du docteur Hélie, de tenir compte de l'embarras et du trouble où il devait se trouver en présence d'une difficulté très-rare. Ce praticien avait déjà eu recours avec succès à la manœuvre pour laquelle il était inculpé; il pouvait donc, en arrivant auprès de la femme en travail, être préoccupé de l'idée qu'il aurait affaire à un cas pareil à ceux qu'il avait déjà rencontrés. Cette allégation n'est pas une subtilité. La préoccupation, sur laquelle elle repose est fort naturelle à notre esprit, et par conséquent très-excusable dans ses conséquences. Quel est le praticien, en effet, qui, à la vue d'un état morbide un peu extraordinaire, et qui présente quelque analogie avec ceux qu'il a déjà observés, ne conclut pas à l'identité sur de simples apparences? Mais ce n'était là qu'un moyen d'excuser la conduite du prévenu, et nous nous dispensons d'indiquer tous ceux qu'on eût rencontrés dans cette voie.

Après la question de fait se présente la question de principe, beaucoup plus grave et beaucoup plus importante. La Gazette des tribunaux, à laquelle nous avons emprunté les détails de ce jugement, pose en tête de son article les deux questions suivantes.

« 1° Les médecins et chirurgiens sont-ils justicia-
» bles des tribunaux pour les fautes graves qu'ils peu-
» vent commettre dans l'exercice de leur profession?—
» (Oui.)

» 2° Une action en dommages-intérêts peut-elle,
» dans ce cas, être introduite, aux termes des
» articles 1382 et 1383 du code civil? — (Oui.) »

Une pareille doctrine est trop contraire à la morale et à l'équité pour que nous ne nous élevions pas de toutes nos forces contre le précédent qui la consacre. Déjà M. Double, dans son rapport au nom de l'Académie, avait fait ressortir tout ce qu'il y a d'injuste et d'inique à rendre le médecin responsable des fautes qu'il peut commettre dans l'exercice consciencieux de sa profession. A combien d'abus, de récriminations révoltantes, de procès scandaleux, une pareille doctrine ne nous exposerait-elle pas de la part du public, toujours porté à croire que le médecin a tué son malade quand il n'a pu le guérir? Au point de vue des différens systèmes qui se partagent la science, il serait toujours possible de prouver la culpabilité du médecin. Dans tel cas, l'emploi de l'émétique a été suivi de mort; d'après telle doctrine, l'émétique en pareil cas est incendiaire, et on eut guéri par les sangsues, donc le malade a succombé par la faute du médecin. Cet exemple est choisi entre mille. S'il fallait accepter la responsabilité de tous les traitemens que nous croyons en conscience devoir guérir ou soulager le malade, quel est le médecin qui consentirait à exercer son art, et dans quel cercle de moyens stériles pour la science et préjudiciables à l'humanité ne serions-nous pas obligés de nous renfermer? Le docteur Hélie, justiciable tout au plus de la critique de ses pairs, avait donc raison de répondre : « Qu'un docteur en médecine et en chirurgie n'était pas responsable de ses faits de pratique dans l'exercice consciencieux de son art, et qu'il n'en devait compte qu'à Dieu et à sa conscience. » Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici les paroles sages et judicieuses qui terminent le rapport de M. Double, sur la responsabilité des médecins. « En fait donc de médecine pratique, de même qu'en matière de justice distributive, les médecins, non plus que les juges, ne sauraient devenir légalement passibles des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions. Là, comme ici, la responsabilité est toute morale, toute de conscience; nulle action juridique ne doit être légitimement intentée, si ce n'est en cas de captation, de vol, de fraude ou de prévarication : ainsi le veut la juste intelligence des intérêts sociaux. »

Le précédent qui consacre le jugement du docteur Hélie, montre, après mille autres faits, combien il est urgent pour les médecins d'obtenir une loi qui règle la police, la morale et les intérêts de leur profession.

GAZETTE DU 11. N° 46.

## MÉDECINE PRATIQUE.

Nouvelles observations sur les accidens cérébraux qui compliquent les érysipèles de la face; par M. MALLE, agrégé à la Faculté de Strasbourg.

La Gazette médicale, du 13 avril 1833 (n° 42), contient un mémoire de M. Piorry, médecin de la Salpêtrière, sur les accidens cérébraux qui surviennent dans l'érysipèle de la face du cuir chevelu. Ce médecin, après un examen rapide et judicieux des diverses opinions émises sur la coïncidence de ces deux phénomènes, essaie d'en donner une explication plus rationnelle, et croit trouver la raison de cette corrélation dans la transmission de l'inflammation du cuir chevelu à l'encéphale par l'orbite. Il fonde sa croyance sur un certain nombre de faits et sur un bon nombre de considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques. Cette question, comme presque toutes les questions qui se rattachent à la médecine, étant du nombre de celles que la pratique doit surtout sanctionner, je crois devoir ajouter quelques faits à ceux qu'a publiés M. Piorry.

OBS. I. — Au mois de juillet 1832, le nommé Pierret, soldat au 10e de ligne, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg pour y être traité d'une adénite sous-maxillaire du côté droit. Il y était depuis plus d'un mois, lorsqu'il fut pris d'un érysipèle qui, après avoir parcouru successivement toute l'étendue du bras droit, vint se fixer à la face, où il causait au malade de vives douleurs. Une saignée de 6 onces fut pratiquée, et 12 sangsues furent appliquées autour de l'érythème. Un mieux-être sensible suivit ces évacuations sanguines, et le malade allait assez bien quand le lendemain soir, sans cause connue, les douleurs reparurent avec intensité, et l'inflammation, loin de décroître, prit un nouvel essor, et envahit en peu de temps les paupières et le cuir chevelu. Il y avait de la céphalalgie; les artères temporales battaient avec force; un peu de délire; la langue était sèche; la soif vive; la fièvre forte; on saigna largement le malade; on appliqua 40 sangsues derrière les oreilles, et il y eut un amendement notable dans les symptômes. La nuit fut assez bonne; mais l'amélioration n'eut qu'une courte durée. Bientôt l'épiderme des paupières est soulevé par de la sérosité; le malade se plaint sans cesse, accuse de vives douleurs dans l'orbite droit, et n'a pas de repos. On donne issue au liquide épanché sous les paupières, ce qui procure au malade un soulagement momentané; on place un vésicatoire au centre de l'érysipèle; mais la maladie fait de nouveaux progrès, et le malade succombe le 29 août, après avoir offert les signes d'une arachnoïdite intense.

Nécropsie 36 heures après la mort.

L'arachnoïde offre des traces non équivoques d'inflammation; elle était un peu épaissie et très-injectée. La substance cérébrale était saine.

Il y avait un commencement de suppuration dans les paupières de l'œil gauche; mais l'œil droit était remarquable par la quantité de pus infiltrée dans tout le tissu cellulaire de la paupière supérieure et inférieure. La conjonctive était un peu injectée, mais les globes oculaires étaient parfaitement sains.

Les ganglions lymphatiques du cou formaient un paquet volumineux au-dessous de la peau et près de l'angle de la mâchoire inférieure. La plupart étaient indurés; quelques-uns seulement offraient quelques points en suppuration.

Plusieurs tubercules miliaires à la partie supérieure des poumons; quelques adhérences de la plèvre; cœur dans l'état sain.

Viscères abdominaux légèrement injectés; rate, foie et organes génito-urinaires dans l'état normal.

Erysipèle de la jambe, de la face, se propageant dans l'orbite. — Incisions sur les paupières. — Mort à la suite des symptômes cérébraux. — Pus déposé sur le plancher de l'orbite.

OBS. II. — Le nommé Dugennetil, soldat au 3e régiment d'artillerie, entra à l'hôpital militaire le 18 août 1832 (lit n° 27), atteint d'un érysipèle à la jambe gauche. L'inflammation occupait une grande partie de la jambe et était accompagnée d'un mouvement fébrile assez prononcé. Une saignée fut prescrite, et des boissons adoucissantes prises à l'intérieur. Le soir, le malade est mieux; la rougeur est moins vive et la partie moins sensible. (Fomentations émollientes.) La nuit est assez tranquille; le malade dort un peu; mais au réveil, l'érysipèle a quitté la jambe et est venu se fixer à la face. Le malade se plaint de céphalalgie, de douleur dans l'orbite; le pouls est plein, fréquent; la langue un peu sèche; la soif modérée. (Nouvelle saignée de 12 onces; application de 20 sangsues derrière les oreilles et vésicatoire à la jambe, la veille siège de l'érythème.) A deux heures de l'après-midi, amendement notable dans les symptômes cérébraux; céphalalgie moins vive; douleurs de l'orbite disparues; pouls moins fréquent; langue humide; rougeur moindre du lieu enflammé. Cet état dura pendant deux jours, et tout présageait une issue favorable, lorsque le malade, par une imprudence de régime, vint renouveler la gravité de son premier état. A la visite du matin, l'érysipèle a envahi une partie du cuir chevelu; les paupières sont tuméfiées; la céphalalgie est intense; la fièvre forte, la soif prononcée; la peau âcre et brûlante. (Saignée de 10 onces; sangsues, 12; boissons émollientes; pédiluves sinapisés.) L'état reste le même. Le soir, nouvelle application de sangsues; nuit mauvaise, agitée; délire léger le matin; tuméfaction des paupières, tension considérable de la face et du cuir chevelu. (Application d'un vésicatoire sur ce dernier point.) Amélioration sensible des symptômes cérébraux; mais persistance des douleurs de l'orbite, tuméfaction plus prononcée des paupières, surtout du côté gauche. Des incisions pratiquées sur ces voiles mobiles laissent écouler une sérosité purulente; soulagement momentané suivi bientôt d'une augmentation de tous les accidens cérébraux; le délire devient intense et le malade succombe le 26.

Nécropsie 26 heures après la mort.

Des incisions pratiquées sur la région de la face correspondante à la fosse canine font découvrir du pus

qui est infiltré dans le tissu cellulaire de cet endroit. Ce liquide se rencontre en plus grande quantité au voisinage des paupières, où s'étaient formés de petits abcès. Le globe de l'œil est intact; le nerf optique et la graisse du fond de l'orbite le sont également. La membrane muqueuse, incisée à l'endroit où elle se réfléchit, laisse écouler du pus. Celui-ci est étendu en nappe sur le plancher de la cavité orbitaire.

A la section des tégumens de la tête, il s'écoule une grande quantité de sang Dans le crâne, on trouva les méninges un peu épaissies, et il y avait un léger épanchement entre les lames de ces dernières; les ventricules contenaient environ 2 onces de sérosité. La substance cérébrale était dans l'état naturel.

Les poumons offraient un engorgement hypostatique à la région postérieure et inférieure. Les plèvres et le cœur n'avait rien de particulier.

Dans l'abdomen, il y avait une légère injection des intestins grêles et quelques points rougeâtres dans le gros intestin.

La rate était gorgée de sang; le foie et les organes génito-urinaires dans l'état normal.

Erysipèle à la face à la suite de piqûres de sangsues. — Mort.

Obs. III. — Le nommé Lalier (Jean), chasseur au 15e d'infanterie légère entra à l'hôpital dans les derniers jours du mois d'août 1832, avec une angine tonsillaire. L'application de quelques sangsues, une diète sévère et des boissons adoucissantes avaient amené à bien cette phlegmasie, lorsqu'un érysipèle commença à se développer autour de quelques-unes des piqûres de sangsues, qu'on avait placées à la région du cou. D'abord peu étendu, cet érythème semblait plutôt devoir favoriser la guérison du malade que compromettre son existence. Aussi se borna-t-on à des moyens insignifians. Mais le 6 septembre, l'érysipèle gagnant vers la face, appela notre attention, et je prescrivis aussitôt, non des sangsues au cou ou à la face, attribuant cette phlegmasie à leur application, mais bien une saignée de 10 onces. Cette évacuation sanguine fut suivie d'un mieux-être très prononcé; la maladie même semblait avoir disparu, et tout allait pour le mieux, lorsque le surlendemain, 8, à la suite d'un accès de colère pendant lequel le tissu cutané de la face ayant été fortement injecté, l'érysipèle reparut, et accompagné de céphalalgie, de sécheresse de la langue et d'un léger mouvement fébrile. (Pédiluves sinapisés; saignée de 8 onces; boissons émollientes.)

Le 9. Le mal de tête continue; la langue est toujours sèche; la soif vive; les paupières se tuméfient. (Nouvelle saignée de 8 onces; sinapisme aux jambes; mêmes boissons).

Le 10. L'érysipèle s'étend au cuir chevelu; la tuméfaction des paupières s'est accrue; on y sent un peu de fluctuation; le malade délire par instans. Frappé de la coïncidence de l'augmentation des symptômes cérébraux avec l'augmentation de tuméfaction des paupières, je fis part de cette remarque à MM. les élèves (je remplaçais alors dans le service M. Béclard, chirurgien en chef qu'une mort récente vient d'enlever à la chirurgie militaire) et leur citai à ce propos un passage de l'Anatomie générale de Bichat, sur les communications du tissu cellulaire de l'intérieur à l'extérieur du crâne.

N'osant ensuite, crainte d'augmenter l'inflammation érysipélateuse, avoir recours à une application de sangsues au voisinage de la face, et craignant d'un autre côté qu'un vésicatoire mis en contact avec le tissu cutané n'ajoutât au délire du malade, je fis pratiquer une nouvelle saignée de six onces, et appliquer immédiatement après des vésicatoires aux jambes; l'amélioration fut sensible; le délire avait cessé, la langue était redevenue humide, le malade n'avait plus de soif, il se trouvait beaucoup mieux, et prévoyait déjà une guérison prochaine; l'amélioration ne fut pas de longue durée, le soir même, et sans que le malade commît la moindre imprudence, le délire revint, la fièvre devint violente, et le malade succomba dans la nuit, après une agonie d'une demi-heure.

Nécropsie 20 heures après la mort.

Infiltration des paupières supérieures et inférieures: à l'incision elles laissent, mais surtout la gauche, écouler quelques gouttelettes de pus qui en aucun endroit n'est rassemblé en foyer: globe de l'œil et nerf optique sains.

Rien dans le cerveau ni les membranes qui recouvrent l'encéphale; poumon et plèvre dans l'état normal; cœur volumineux.

La membrane muqueuse pharyngienne n'offre aucune trace de l'ancienne phlegmasie, estomac à l'état naturel, légère injection des intestins grêles, foie, rate et organes génito-urinaires sains.

A ces faits, qui démontrent la gravité des érysipèles de la face, alors qu'il y a tuméfaction considérable des paupières, il serait facile de joindre ceux qu'on trouve dans les ouvrages de clinique (Leroux, Cours sur les généralités de la médecine pratique, tom. 1er, p. 215 et suivantes); mais il est vrai de dire aussi que les recueils et la pratique démontrent également que bon nombre d'individus atteints d'érysipèles à la face avec tuméfaction et abcès des paupières, ont survécu et même ont été promptement guéris; tandis que d'autres, chez lesquels cette tuméfaction n'existait pas, ont néanmoins succombé.

C'est là une vérité dont nous avons pu nous convaincre tout récemment, les érysipèles ayant été très-nombreux dans le dernier trimestre.

Je choisis parmi ces observations celles qui offrent le plus d'intérêt.

Erysipèle survenu à la suite de l'application d'un séton.

Obs. IV. — Champollion, soldat au 49e régiment de ligne, d'un tempérament nerveux, d'une constitution un peu faible, était depuis long-temps à l'hôpital, pour une céphalée qui résistait aux différens moyens employés. On voulait essayer d'un séton à la nuque, le malade s'y refusa d'abord, mais vaincu par les instances des chirurgiens et la persistance de la douleur, il en réclama lui-même l'application: l'opération ne présenta rien de particulier; le troisième jour la suppuration commença à s'établir, le quatrième une plaque rouge apparait au voisinage de la plaie et occasionne de la douleur et de la chaleur à la peau; c'était un commencement d'érysipèle qui s'étendit bientôt à la partie supérieure du tronc, aux côtés du cou et à la nuque. Les douleurs que la

phlegmasie causait à cette dernière partie étaient intolérables. Il y avait de la fièvre, de la diarrhée, des vomissemens; les régions épigastrique et abdominale étaient douloureuses, la langue rouge, sèche, la soif vive. La tête, le visage, les bras et l'abdomen y compris le pubis et le sacrum sont bientôt atteints, et paraissent couverts par une plaque uniformément rouge La coloration, la chaleur et la tuméfaction sont des plus intenses. Les symptômes cérébraux sont des plus prononcés, et cependant la tuméfaction des paupières est modérée, le délire augmente, tous les symptômes s'aggravent et le malade succombe dans un état d'insensibilité précédée de soubresauts des tendons.

Les méninges offraient une injection aussi bien que les viscères abdominaux : il n'y avait aucun épanchement de sérosité dans les paupières et le globe de l'œil.

Erysipèle de la face à la suite d'une douleur sciatique. — Tuméfaction des paupières. — Epistaxis. — Guérison de l'érysipèle et de la sciatique.

Obs. V. — Belliard, pontonnier, âgé de 28 ans, d'une constitution très-forte, a eu dans l'espace de trois ans deux érysipèles qui ont cédé à des saignées et à l'application de sangsues. Le 2 mars, après avoir été occupé pendant plusieurs jours à des travaux sur le Rhin, il ressentait des douleurs très-vives dans le trajet du nerf sciatique et poplité externe. La douleur persistant, il entra à l'hôpital le 5, où il offrit tous les symptômes de la sciatique. Deux saignées pratiquées les deux premiers jours et un vésicatoire placé sur la tête du péroné ne diminuèrent pas les douleurs.

Le 18, apparition d'un érysipèle au côté gauche du visage, qui s'étend bientôt sur toute cette partie et sur le front. Le 21, la tuméfaction, la chaleur, la rougeur, la douleur sont considérables; les paupières surtout sont le siége d'un gonflement remarquable. Il y a insomnie, céphalalgie, pesanteur de tête; le pouls est dur et fréquent, la peau chaude, la langue un peu rouge à ses bords, la soif vive; diarrhée légère : une saignée de 10 onces et deux épistaxis produisirent une diminution dans les symptômes. La douleur névralgique ne se fait plus sentir que par intervalle, et disparaît insensiblement. L'érysipèle parcourt la marche ordinaire à cette affection, l'engorgement des paupières diminue, l'épiderme tombe par larges écailles et le malade est guéri de cette phlegmasie et de sa sciatique.

Cette observation est remarquable par la coïncidence de l'érysipèle et de la sciatique, et surtout par la guérison de cette dernière qu'aucune médication n'avait améliorée. Quatre autres militaires également atteints d'érysipèle à la face, et chez lesquels il y eut non seulement tuméfaction considérable des paupières, mais encore formation d'abces, n'en guérirent pas moins parfaitement, bien que chacun d'eux eût présenté quelques symptômes cérébraux plus ou moins graves : chez l'un d'eux, les abcès formés à la paupière inférieure retardèrent la guérison. Ces faits, sans infirmer les conclusions du mémoire de M. Piorry, sont de nature cependant à faire attendre de nouvelles observations, surtout si l'on fait attention que dans la variole, où les paupières sont gonflées outre mesure, l'état de tuméfaction et de suppuration n'ajoute point ou du moins n'ajoute que peu à la gravité de la maladie. Nous le répétons donc, il nous semble nécessaire que de nouveaux faits viennent confirmer les inductions de M. Piorry, auquel cependant la science sera toujours redevable d'avoir appelé l'attention des médecins sur ce point important de médecine pratique.

Puisque je viens de parler de la tuméfaction des paupières dans la variole, qu'il me soit permis d'ajouter que plusieurs des érysipèles qui se sont présentés dernièrement à l'hôpital ont été observés chez des malades convalescens de la petite verole. La plupart avaient leur siége au tronc ou aux membres, et venaient compliquer la maladie, lors de la période de dessiccation, et rappelaient ou prolongeaient plus ou moins la durée de la fièvre et quelquefois même mettaient le malade en danger.

Obs. VI. — Sudrie, fusilier au 49e de ligne ramené comme par miracle d'un état très-grave au moyen d'une saignée pratiquée au commencement de la période de dessiccation d'une variole confluente très-orageuse, retombe deux jours après dans un état alarmant; la fièvre se rallume, le pouls devient dur et fréquent, un large érysipèle se développe à la partie antérieure et latérale gauche du tronc. Le lendemain il s'étend à l'épaule et au cou, et pendant six jours il gagne successivement les différentes parties du tronc et de la cuisse, n'abandonnant qu'avec peine les endroits primitivement affectés. De larges ulcérations succèdent aux pustules, des abcès fournissant un pus sanguinolent et fétide viennent encore compliquer cet état, et mettre le malade pendant six à huit jours dans le plus grand danger. Il survécut néanmoins à ces différens accidens; il est aujourd'hui très-bien portant.

Chez un autre qui n'avait eu qu'un petit nombre de pustules, et chez lequel la variole avait suivi d'abord une marche très-régulière, l'érysipèle succéda à la dessication de quelques pustules; il se présenta sous forme de plaques croûteuses qui se multiplièrent sur la poitrine et les membres. Elles ressemblaient à des dartres, étaient arrondies d'un pouce de diamètre environ; la peau des parties voisines était très-rouge. Ces croutes se multiplièrent, l'érythème s'étendit par larges plaques, la sensibilité devint extrême, la douleur très-vive, le délire survint et le malade mourut vingt jours après l'invasion de la petite-vérole, et huit après l'apparition de l'érysipèle.

Chez les autres varioleux, l'érysipèle fut peu intense et la guérison prompte.

La fréquence des érysipèles chez les convalescens de la variole, n'a rien de surprenant, si on réfléchit à la forte excitation dont la peau vient d'être le siège, et à la sensibilité extrême qu'elle conserve plus ou moins long-temps. Aussi ai-je souvent remarqué que les causes les plus légères, une pression un peu prolongée, un simple frottement, la présence d'un corps irritant, etc., donnent lieu à un érysipèle : néanmoins la fréquence de ces affections dans le dernier trimestre ne peut s'expliquer par ces causes et parait due à un état particulier de l'atmosphère.

Quant au traitement, les antiphlogistiques ont presque toujours réussi. Les saignées générales ont été constamment suivies d'amélioration. On s'est également bien trouvé des applications émollientes. Deux fois seulement l'émétique a paru nécessaire et a été administré avec succès.

Je rapporte, en terminant, le passage de Bichat

dont j'ai parlé plus haut, sur les communications du tissu cellulaire de l'extérieur à l'intérieur du crâne ; et je laisse au lecteur le soin d'en déduire les conséquences qui en découlent.

« Les communications du tissu cellulaire de l'intérieur à l'extérieur du crâne sont très-multipliées.

» 1° En devant il pénètre dans l'orbite par le trou optique et par la fente sphénoïdale ; de là la rougeur, l'ardeur de l'œil dans la paraphrénésie dont l'influence se propage par ces communications, comme aussi par la continuité des membranes. Il entre dans les narines par les trous de la lame criblée, etc., à cela tiennent peut-être la pesanteur, les douleurs de tête dans le coryza, etc.

» 2° En bas, les trous nombreux de la base du crâne font communiquer avec la face le tissu cellulaire cérébral spécialement avec le haut du pharynx, avec la fosse zygomatique, etc. Dans plusieurs cas où les angines s'accompagnent de douleurs, de pesanteurs cérébrales, d'étourdissemens, etc., je suis persuadé que ces communications jouent un rôle essentiel, quoique dans beaucoup de cas tout cela soit purement sympathique.

» 3° En haut et en arrière, le tissu cérébral se continue avec celui des parties correspondantes de la tête, par les trous assez multipliés, mais volumineux des sutures ; il accompagne les vaisseaux qui de la dure-mère vont au péricrâne, et devient probablement quelquefois le moyen des communications qu'on remarque si fréquemment entre ces deux membranes, lorsque l'une est enflammée : de là l'affection souvent subite de la dure-mère, de l'arachnoïde par un coup de soleil sur les tégumens du crâne, etc.

» Plus abondant à l'extérieur du crâne, le tissu cellulaire n'y est pas cependant en très-grande quantité, sans doute à cause du petit nombre et du peu d'épaisseur des muscles qui s'y trouvent. Les communications avec la face sont évidentes, surtout en devant sur le front ; aussi à la suite des érysipèles du crâne, rien de plus fréquent que de voir les paupières recevoir le pus qui s'y est formé et qui s'accumule souvent dans ces voiles mobiles au point de donner lieu à un dépôt très-sensible. »

(Anatomie générale appliquée à la physiologie, etc., par Xav. Bichat, avec des notes par N. Béclard, t. 1er, 1821, p. 124.)

---

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Observation remarquable de tumeur rétro-péritonéale chez un enfant de deux ans, communiquee par M. Malle, agrégé à la Faculté de medecine de Strasbourg.**

MM. Bayle et Cayol ont décrit sous le nom de masse cancéreuse abdominale (Dict des sciences médicales, t. III, p. 638), des tumeurs qui se développent le plus ordinairement sous le feuillet du péritoine qui revêt les parois de l'abdomen ou du bassin, et qui, soulevant peu-à-peu cette membrane, s'étendent tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, et finissent par envahir non seulement une grande partie du tissu cellulaire, mais encore par pénétrer quelquefois dans le parenchyme des viscères dans les tissus des muscles et même dans celui des os.

Ces tumeurs s'observent à tout âge, ainsi que l'attestent le petit nombre d'observations qu'on trouve dans les auteurs qui en ont parlé. Leur forme tantôt arrondie, tantôt indéterminée leur permet de se mouler, en quelque sorte, par toutes les inégalités des parties subjacentes, et leur diagnostic souvent fort obscur, embarrasse plus d'un praticien. Partageant à leur début la densité et la fermeté des différentes espèces de squirrhes, elles dégénèrent ensuite en cancers ulcérés après avoir parcouru les divers degrés de ramollissement connus. Un phénomène digne de remarque est la formation, dans ces masses, d'épanchemens sanguins qui, d'abord circonscrits dans de petits espaces, s'étendent progressivement, se réunissent, et pénètrent quelquefois toutes les parties de la dégénérescence ; celle-ci alors, au lieu d'une matière cérébriforme, ne présente plus qu'un amas de caillots de sang ou de fibrine plus ou moins concrète, suivant l'ancienneté de la maladie. Les tumeurs acquièrent quelquefois un volume énorme. Cajétano-Tacconi (Comment. Acad. Rouen, t. V. part. 2, p. 81), en cite une qui avait trente-quatre pouces de diamètre tranversal, vingt-quatre pouces de haut, son poids était de trente-deux livres.

Comme elles ne donnent lieu pour l'ordinaire à aucun accident grave tant qu'elles restent indolentes, le diagnostic en est souvent difficile ; le pronostic est toujours fort grave, et l'art presque toujours impuissant.

Obs. — Constant L ***, d'un tempérament lymphatique, aîné de jumeaux, né le 29 janvier 1831, de parens bien portans, jouit d'une bonne santé jusque vers la fin du mois d'août 1832. A cette époque, il commença à éprouver de la tension et de la douleur dans la région abdominale. Attribuant ses plaintes à la présence de vers dans le canal intestinal, ses parens lui administrèrent quelques vermifuges qui ne furent suivis d'aucun effet avantageux. L'enfant continua à se plaindre, et, un mois après, à l'intumescence du ventre succéda une tumeur qui avait son siége à la région moyenne et gauche de l'abdomen. Elle était dure, jouissant néanmoins d'un certain degré d'élasticité, indolente et ne développant par le toucher aucune sensibilité. Elle correspondait au muscle droit et paraissait tout-à-fait étrangère aux viscères. Le malade n'éprouvait ni nausées ni vomissemens, il n'était atteint ni de diarrhée ni de constipation. Aucune douleur dans les différens points de la cavité abdominale ; pas de fièvre ni d'excitation générale sensible.

La bonne constitution des parens, l'état satisfaisant de santé des autres enfans, éloignant toute idée de maladie scrofuleuse, le médecin appelé conseilla l'administration d'une faible dose de calomel et de magnésie calcinée, quelques bains généraux, une diète végétale, et l'usage d'une tisane de kina et de chicorée. Les frictions avec l'hydriodate de potasse furent pratiquées sur le lieu correspondant à la tumeur ; elles étaient remplacées par des cataplasmes émolliens quand leur usage avait produit quelque irritation. Loin de diminuer sous l'influence de cette médication, la tumeur fit des progrès rapides, et dans l'espace de trois semaines acquit un volume considérable et s'étendit jusque vers le rebord des fausses côtes. Une expression générale de langueur était répandue sur le visage de l'enfant ; le pouls était plus fréquent que dans l'état naturel,

la température du corps un peu plus élevée, l'amaigrissement sensible.

Consulté à cette époque, M. Ehrmann, après un examen attentif, trouva dans la région indiquée une tumeur qui occupait presque tout le côté gauche de la cavité abdominale; elle était arrondie, indolente, élastique, ce qui permettait de supposer qu'elle avait son siège dans les parois abdominales, et que, développée primitivement dans cet endroit, elle s'était ensuite dirigée vers l'intérieur de la cavité en refoulant les viscères placés au-dessus d'elle.

L'état général du malade était visiblement altéré; la pâleur du visage, la décoloration de la peau, l'amaigrissement des extrémités, tout indiquait que la maladie avait jeté de profondes racines. Néanmoins, la langue était nette, humide; la soif modérée, l'appétit prononcé, les digestions bonnes, les excrétions naturelles, le sommeil tranquille. N'osant s'arrêter, eu égard à ces derniers symptômes, à l'idée d'une lésion organique intestinale, M. Ehrmann revint à celle d'une tumeur intermusculaire, et conseilla l'application de la potasse sur les parois externes correspondantes. La suppuration fut entretenue pendant près d'un mois sans résultat favorable. Les forces du malade diminuaient chaque jour, malgré l'état d'intégrité des fonctions digestives. Seulement, le malade recherchait de préférence les substances acides. Alors les ganglions lymphatiques du cou se tuméfièrent, et alors aussi commença à se révéler la nature de la maladie, qui prenait chaque jour un caractère scrofuleux plus manifeste. M. Ehrmann eut à cette époque la complaisance de me faire voir le malade. C'était dans les premiers jours de janvier et la tumeur offrait deux lobes distincts au toucher et occupait toute la cavité abdominale gauche, en se prolongeant même un peu du côté opposé. On n'opposa plus qu'un traitement palliatif à la maladie, et l'enfant succomba quelque temps après dans un état voisin du marasme. Il venait d'atteindre sa seconde année. Chose remarquable : pendant les 2 derniers mois, il ne voulut pas rester au lit un seul instant; il fallait sans cesse le tenir ou le faire sauter sur les bras.

Autopsie. — La tête n'a pas été ouverte. Face pâle et maigre. Induration des ganglions lympathiques du cou, sans aucune trace de suppuration. Organes thorachiques sains..

Abdomen. — Une incision cruciale, faite en avant, permit de pénétrer dans l'intérieur de la cavité sans intéresser les parois correspondantes à la tumeur. L'abdomen ayant été ouvert, on aperçut une masse énorme de substance rougeâtre et divisée en deux lobes bien distincts. Un examen attentif fit reconnaître qu'elle s'était développée entre le péritoine et le tissu cellulaire qui recouvre la partie antérieure de la colonne vertébrale; elle était fixée sur cette dernière, qui y était tout-à-fait étrangère, et reposait sur les piliers du diaphragme. Elle enveloppait presque la totalité du rein gauche, qui, au premier aspect, paraissait identifié avec elle; elle touchait à la face concave de la rate, et renfermait dans son épaisseur la glande surrénale, au point qu'il n'était plus possible de la distinguer.

Cette tumeur était formée par un nombre considérable de lobes ou de tumeurs secondaires arrondies et dont le volume était variable. Au centre de ces lobes se trouvait une cavité irrégulière contenant un liquide couleur lie de vin. Ces lobes eux-mêmes étaient de consistance variable; quelques-uns étaient assez denses, non fibreux; d'autres étaient plus mous; plusieurs contenaient de la substance mélanique. Ceux qui approchaient de la base étaient de nature tantôt tuberculeuse, tantôt lardacée. La base était principalement formée par un assemblage de ganglions lymphatiques, transformé en masse encéphaloïde. Les ganglions mésentériques étaient tous indurés. Quelques-uns offraient des traces diverses de suppuration et de ramollissement.

Le rein gauche, qui paraissait identifié avec la tumeur, fut séparé avec soin et trouvé intact. L'uretère était dans l'état naturel; les nerfs sur lesquels appuyait la tumeur n'avaient éprouvé aucune altération. Le tube digestif était sain dans toute son étendue; les intestins avaient été refoulés du côté droit; le foie et la rate n'offrirent rien de particulier.

Quel était le siége primitif de cette singulière affection? Evidemment le tissu cellulaire qui rampe au-devant de la colonne vertébrale. La tumeur, en effet, adhérait intimement à cette partie du squelette, et se confondait, en quelque sorte, avec les piliers du diaphragme. Elle semblait y avoir pris racine pour y végéter ensuite avec une rapidité étonnante, puisqu'en moins de six mois elle avait envahi tout le côté gauche de la cavité abdominale. Ce qui a lieu de surpendre au milieu de l'état de dépérissement qui épuisait la force du malade, c'est l'intégrité de l'estomac et des intestins dont les fonctions s'exécutaient comme chez un individu bien portant : nouvelle preuve que ce n'est point toujours à l'irritation chronique de la membrane muqueuse de ces parties qu'il faut rapporter la tuméfaction des ganglions lympathiques du mésentère. Mais à quoi attribuer l'origine de cette maladie? à une irritation locale. En effet, l'enfant n'a jamais fait de chute ni reçu de coup sur cette partie. Doit-on y voir un effet de la nourriture ou des habitudes extérieures du malade? cet enfant n'était pas plus que ses frères et sœurs privé des soins maternels; tous étaient soumis au même régime et vivaient sous les mêmes influences. Peut-on recourir à une prédisposition originelle? tous les proches jouissaient d'une santé parfaite. Il faut bien l'avouer, cette observation, soit qu'on l'envisage dans son ensemble ou dans ses détails, échappe à une interprétation exacte, et rentre dans le nombre de celles que l'art n'a point encore parfaitement éclairées.

Dire qu'elle est due à une viciation des sécrétions, à un vice d'assimilation, c'est se payer de mots. Ce qu'il importe encore de recueillir de cette observation, c'est l'indolence de la tumeur et le peu de réaction douloureuse qu'elle avait suscitée dans l'organisme.

MM. Bayle et Cayol prétendent que les tumeurs de ce genre sont composées de tissus squirrheux proprement dits, et de matière cérébriforme; ces auteurs croient que ces deux substances en forment presque exclusivement la base; je préfère adopter l'opinion de M. Lobstein, qui les considère comme un mélange de diverses substances, et qui, pour cette raison, les a appelées tumeurs dissimilaires (Anatom. pathol., t. I, p. 456). Un examen plus attentif m'a, en effet, démontré que leur structure n'est ni purement tuberculeuse, ni lardacée, ni squirrheuse, ni encéphaloïde, mais qu'elle résulte de la réunion de toutes ces substances.

GAZETTE DU 18. N° 47.

## CHIRURGIE PRATIQUE.

Mémoire sur les moyens de remédier aux imperfections de quelques procédés pour les amputations de la jambe, par le docteur C. Sédillot, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Paris, etc.

L'amputation de la jambe dans la continuité du membre, est une des opérations qui ont le plus exercé le génie chirurgical ; la fréquence des lésions aiguës ou chroniques, directes ou éloignées qui la commandent, la situation superficielle du tibia et du péroné en avant et sur les côtés ; en arrière, l'épaisseur des muscles qui représentent souvent les deux tiers du diamètre antéro-postérieur du membre dont l'extrémité inférieure est sèche, menue et tendineuse : le mode d'insertion des muscles de la cuisse qui déterminent les mouvemens de l'articulation fémoro-tibiale, et se fixent autour du genou par des expansions aponévrotiques qu'il est important de ménager, étaient autant de difficultés à surmonter ; il fallait conserver assez de parties molles pour recouvrir des os épais et superficiels, obtenir une cicatrice solide, et laisser au moignon assez de mobilité et de force pour remplacer le membre amputé et remplir ses usages.

Aussi l'on a long-temps discuté et l'on discute encore sur le lieu où l'on doit amputer la jambe, et sur le choix du mode opératoire ; le lieu d'élection paraît définitivement fixé de nos jours à deux ou trois travers de doigts au-dessous de la tubérosité du tibia ; on ménage ainsi l'expansion tendineuse des muscles couturier, droit interne, demi-tendineux ; le ligament rotulien, la synoviale du genou qui descend quelquefois assez bas, ne peuvent être entamés ; le moignon, après guérison, fléchi à angle droit, se moule et appuie facilement sur une jambe artificielle, dont il ne dépasse pas l'épaisseur en arrière ; il est à l'abri de tous les chocs, et dans les circonstances les plus favorables pour la station et la marche.

Cependant Vacca, Brunninghausen, M. Soulera ont reproduit et soutenu les idées de Sollingen, de Ravaton, White, Blomfield, qui avaient conseillé d'amputer la jambe le plus bas possible, et ils assurent que la perfection des machines permet d'emboiter le moignon dans une jambe artificielle, dont les tiges latérales embrassent les condyles du tibia, et supportent une partie du poids du corps ; les principaux avantages seraient le moindre danger de cette opération, la promptitude de la guérison, et pardessus tout, la possibilité de sauver les apparences, et de masquer la perte du membre, en se servant d'un pied articulé.

Ces avantages méritent examen ; la cicatrice peut se former promptement, il est vrai, mais elle reste exposée dans la marche à des pressions et à des tiraillemens capables de la déchirer, si on la place en arrière du moignon, ou sur tout autre point de la circonférence, en faisant un lambeau antérieur, ou, dans un autre sens, elle n'en est pas moins fortement tirée en haut par les moyens d'appui de la bottine, et les blessés sont condamnés à ne se servir de leur jambe qu'avec d'extrêmes précautions ; l'on sait en outre que M. le baron Larrey a particulièrement insisté sur le danger d'amputer l'avant-bras ou la jambe à leur extrémité inférieure. L'observation a appris à cet illustre chirurgien que les moignons minces et osseux obtenus dans ce cas deviennent le siége de douleurs continuelles, et que les malades sont en proie à une fièvre d'irritation qui les mine et les épuise. Quoique ces idées n'aient pas été généralement adoptées, on pourrait cependant citer des faits assez nombreux à l'appui, et les renflemens que subissent les extrémités des nerfs sont peut-être la véritable cause de ce phénomène (1).

L'avantage de masquer la perte du membre n'appartient pas à la seule méthode de Sollingen : on obtient le même résultat en amputant un peu au-dessus du lieu d'élection, ainsi que le pratique M. le baron Larrey. La hauteur du moignon, c'est-à-dire celle de la portion restante de la jambe, ne dépasse pas le diamètre naturel du membre, et en le fixant à une jambe articulée, on réunirait la plus grande solidité à la conformation la plus naturelle, j'ai souvent rencontré un officier anglais de la compagnie des Indes, qui porte une jambe de bois semblable ; il est toujours chaussé en souliers et en bas de soie, et j'avais attribué, pendant long-temps, la raideur de quelques-uns de ses mouvemens à une ancienne blessure ou à un commencement d'ankylose, sans en soupçonner la véritable cause. Je crois donc que dans tous les cas l'amputation à la partie inférieure de la jambe doit être proscrite, et je ne peux admettre l'opinion de M. Velpeau, quelque autorité que son nom présente, lorsqu'il avance « que chez les sujets qui ne sont pas obligés à des » marches longues et fatigantes, et qui tiennent » beaucoup à une conformation naturelle ou aux » apparences d'une conformation naturelle, l'ampu- » tation à la méthode de Sollingen pourrait être par- » fois adoptée (2). »

Les lésions qui nécessitent l'amputation de la jambe s'étendent quelquefois assez haut pour rendre impossible l'opération au lieu d'élection, mais on peut encore ménager la cuisse en suivant les préceptes du baron Larrey ; ce célèbre praticien a démontré, dans ce cas, les avantages de l'amputation au-dessus de la tubérosité tibiale et de la désarticulation du péroné. Cette méthode, oubliée malgré les efforts de Delamotte et de Blomfield, est aujourd'hui généralement admise.

C'est seulement pour être complet que je fais mention de la doctrine du docteur Hey, qui veut que l'on ampute la jambe au milieu de sa hauteur.

Après avoir examiné les idées professées sur le lieu d'élection et celui de nécessité des amputations de la jambe, étudions la valeur des opérations elles-mêmes. Deux méthodes ont été long-temps en présence : la méthode circulaire et celle à lambeaux ; presque entièrement abandonnée en France, cette

(1) Ces renflemens sont très-considérables, comme je m'en suis assuré sur plusieurs moignons que ce chef de notre chirurgie militaire avait eu la bonté de me faire conserver aux Invalides : des anses nerveuses anastomotiques très-distinctes les unissent entre eux ; ils adhèrent par de nombreux filamens et même par leur surface à l'extrémité des tendons, des vaisseaux, au périoste et à la cicatrice ; et l'on peut concevoir qu'étant comprimés entre les os et des tégumens très-minces, étant presqu'immédiatement soumis aux pressions extérieures, et à des alternatives fréquentes de chaud et de froid, ils deviennent le siége d'une irritation lente qui réagit sur tout l'organisme.

(2) Velpeau, *Médecine opératoire*, tom. 1, pag. 481.

dernière compte encore de nombreux partisans en Angleterre, en Allemagne et surtout dans le nord, j'ai eu l'occasion d'en observer fréquemment les fâcheux résultats, et j'en rappellerai sommairement l'histoire.

Plusieurs chirurgiens, guidés par une fausse application de leurs connaissances anatomiques, avaient pensé qu'il fallait se servir de la grande épaisseur des parties molles de la jambe en arrière pour en former un lambeau postérieur et recouvrir les os, et ils crurent qu'ils préviendraient ainsi la dissection de la peau, l'exfoliation des os, les hémorragies, et qu'ils rendraient la guérison beaucoup plus prompte.

Ces considérations dominèrent les premiers essais; on forma un lambeau postérieur, soit par deux incisions verticales, réunies par une section transverse, soit en portant un couteau interosseux à travers les chairs, le dirigeant le long des os et taillant le lambeau au point convenable; celui-ci, dans ce cas, était arrondi, tandis que dans le premier il était carré.

Mais il faut reconnaître que ce mode opératoire ne s'oppose nullement à l'hémorragie, les artères étant à peine coudées à angles droits. Il est très-difficile de maintenir le lambeau appliqué sur les os, l'exfoliation et la nécrose ne sont nullement prévenues, et l'on n'obtient presque jamais de réunion immédiate; cette règle que « les plaies doivent offrir une disposition naturelle à rester maintenues, avec le moins d'efforts possibles, dans la position nécessaire à leur réunion », est complétement violée; aussi le lambeau retombe-t-il au dessous et en arrière du tibia et du péroné, et il forme dans ce point un énorme moignon saillant et arrondi, tandis que les os sont à nu et se nécrosent; la cicatrice qui finit par les recouvrir, s'établit aux dépens des tégumens de la face antérieure du membre; il en résulte un second moignon, beaucoup plus petit, plus élevé que le postérieur, et la guérison, si on est assez heureux pour l'obtenir, s'est fait attendre plusieurs mois. J'ai soigné, à Miendzyrzec (campagne de Pologne 1831) de malheureux militaires amputés de cette manière, dont les plaies étaient frappées de gangrène d'hôpital. De nombreuses ulcérations et un engorgement douloureux s'étaient emparés des bords de la plaie; le lambeau postérieur tuméfié ne pouvait être ramené en avant et laissait les os à nu et saillans; les moindres pressions étaient intolérables, et les moignons, grisâtres et fétides, offraient un aspect hideux.

L'amputation à deux lambeaux, qu'ils soient antéro-postérieurs ou latéraux, n'offre pas autant de défauts; mais l'exécution n'est ni plus facile ni plus prompte que celle de l'amputation circulaire. Les lambeaux ont peu de soutien; la plaie présente une très-grande surface. Aussi MM. Dupuytren et Roux, qui avaient cherché à faire revivre ces opérations, les ont-ils abandonnées. Il faut rappeler cependant que M. Roux avait imaginé une méthode nouvelle en pratiquant deux lambeaux latéraux; mais quoiqu'il y eût un grand progrès dans ce mode d'exécution, et une tendance manifeste vers le but important d'obtenir une plaie sans angles saillans, cet habile praticien y renonça bientôt.

Il ne reste donc dans la pratique que l'amputation circulaire au lieu d'élection, et celle plus rapprochée encore de l'articulation fémoro-tibiale, à laquelle on n'a recours qu'en cas de nécessité; la première est soumise à toutes les règles de l'art, tandis que la seconde y échappe en partie, par la nécessité même qui l'impose.

Il ne faut pas toujours juger la valeur des procédés par les résultats. Entre les mains d'un opérateur exercé, tout est facilité, certitude et succès, là où le débutant ne rencontrera qu'obstacles et dangers. Aussi les règles et les divers temps d'une opération doivent-ils être si précis, que tout homme appelé à la faire soit pour ainsi dire forcé de la bien faire, et en général les procédés les plus simples sont les meilleurs; les malades en souffrent moins, les chances favorables sont plus nombreuses, et sans vouloir nier que la multiplicité des moyens n'ait son avantage, en offrant des ressources à l'imprévu, l'adoption de règles bien déterminées a de grands avantages pour l'étude et la pratique chirurgicales. On peut avancer que là où une difficulté ou un faux résultat sont observés, il y a lieu à un perfectionnement, et c'est en voyant opérer un grand nombre de chirurgiens, en étudiant avec soin leurs procédés et les comparant à ma propre pratique, que j'ai été conduit à modifier en plusieurs points les préceptes établis.

J'appellerai particulièrement l'attention sur la manière dont la peau est divisée et ensuite disséquée, et j'ajouterai quelques remarques sur la section des chairs interosseuses, la ligature de l'artère tibiale antérieure, etc.

### § I. — Incision de la peau.

L'incision circulaire des tégumens, généralement en usage, me paraît sujette à quelques reproches. La jambe étant étendue sur la cuisse pendant l'amputation, la rétraction des tégumens est très-considérable en avant au moment de la flexion du genou, tandis qu'en arrière les parties molles, mises dans le relâchement, sont véritablement allongées par rapport à la longueur totale du moignon; de là le double défaut de manquer de peau en avant, sens où les tégumens sont indispensables pour recouvrir les os, et celui d'en avoir conservé beaucoup trop en arrière. L'opérateur est alors obligé de réunir la plaie transversalement, méthode condamnée par l'expérience, ou il fronce ce lambeau sur lui-même, le ramène vers le centre du moignon ce qui rend la plaie irrégulière et mal disposée pour une prompte réunion. Ces remarques n'avaient pas échappé à Sabatier, qui veut que l'on incise d'abord « les tégumens de la partie antérieure de la jambe, » depuis l'angle externe du péroné jusqu'à l'angle » interne du tibia, et qu'après avoir coupé toutes » les brides du tissu cellulaire qui les assujétis- » sent aux parties subjacentes, on les fasse rele- » ver aussi haut que possible, afin de faire à leur » niveau une incision circulaire qui comprenne les » tégumens de la partie postérieure de la jambe. » Cette utile modification a été négligée; M. le baron Larrey l'a remplacée, il est vrai, par la double incision longitudinale qu'il pratique aux tégumens en avant et en arrière, mais les angles saillans et allongés des deux lambeaux latéraux que l'on obtient ainsi seraient un grand obstacle à la réunion immédiate si on voulait la tenter.

Je crois que l'on parvient au résultat le plus favorable en formant une plaie ovalaire à angle antérieur tronqué; le couteau, porté obliquement d'avant en arrière et de bas en haut, sur le côté externe de la jambe, divise les tégumens, puis contourne

la partie postérieure du membre pour être ramené sur son côté interne, d'arrière en avant et de haut en bas. Une incision transversale complète en avant la section de la peau, et tronque l'angle antérieur de la plaie. Plusieurs avantages sont le résultat de ce mode opératoire; la plaie, peu étendue et peu profonde, est facilement réunie de dehors en dedans; ses angles sont petits et à peine saillans; l'on conserve beaucoup plus de peau en avant qu'en arrière; la section élevée des muscles du mollet prévient l'engorgement inflammatoire et les abcès de cette partie du moignon, accidens presque constans à la suite des procédés ordinaires, et quelquefois assez graves pour que M. le baron Larrey ait cherché à les éviter en incisant l'aponévrose jambière postérieure profonde. Cette précaution m'a paru d'un faible secours : elle expose à blesser les vaisseaux à moins d'une très-grande dextérité, et elle ne facilite aucunement leur ligature.

### § II. — Dissection des tégumens.

Plusieurs chirurgiens ont érigé en précepte général dans les amputations la dissection des tégumens, afin de conserver assez de peau pour recouvrir le moignon. Cette pratique est appliquée à l'amputation de la cuisse; aussi l'est-elle à plus forte raison à celle de la jambe. Là, en effet, on enseigne que les tégumens reposent immédiatement sur les os; que le tissu cellulaire subjacent est dense, serré, peu extensible; qu'il s'oppose à leur libre rétraction, et j'avoue que s'il est un cas où la dissection de la peau soit nécessaire, c'est évidemment dans ce dernier; mais sa nécessité ne m'est nullement démontrée, et ses inconvéniens me paraissent même l'emporter de beaucoup sur ses avantages. Pour pratiquer cette dissection, on saisit la peau avec les doigts, et on la renverse sur elle-même, pendant que l'on coupe le tissu cellulaire subjacent avec la pointe du couteau à amputation, ou celle du bistouri, rien n'empêche, il est vrai, que l'on n'en conserve ainsi toute la longueur désirée; mais il faut reconnaître que cette dissection est longue, irrégulière; pénible pour le chirurgien, douloureuse pour le malade, et qu'elle compromet le succès de la réunion.

En effet, elle s'exécute par mouvemens répétés; chaque coup de bistouri forme un cul-de-sac dont le fond ne correspondra pas à la section circulaire définitive; le tissu cellulaire est ainsi mâché, et si le bistouri n'a pas été manié par un opérateur exercé, la peau pourra être transpercée, ou au moins entamée dans son épaisseur.

Etendue à toute la circonférence du membre, cette dissection doit varier en hauteur, se prolongeant assez loin en avant, beaucoup moins en arrière, et la difficulté en est augmentée.

Ainsi détachés, les tégumens sont amincis, sans soutien, sans moyens d'appui pour les pièces du bandage, on est obligé de les froncer et de les mettre en contact par leur surface, au lieu de n'en rapprocher que les bords.

Il y aurait donc, je crois, avantage à supprimer ce temps de l'opération, et l'on peut toujours le faire si on a soin de charger un aide de tirer en haut, au moyen des doigts appuyés à plat, les tégumens de la partie antérieure du membre, au fur et à mesure que l'on coupe les brides celluleuses qui établissent leur adhérence (1). Cette manœuvre est encore facilitée par la direction de ma première incision, oblique, comme je l'ai dit, de bas en haut et d'avant en arrière. Dès que je juge les tégumens assez relevés, je porte sur les muscles du mollet le couteau incliné de bas en haut, à la méthode d'Alençon : j'incise d'un premier coup la moitié de leur épaisseur, et d'un second coup, commençant au niveau de leur rétraction, je divise toutes leurs fibres profondes; je me borne ensuite à fendre l'aponévrose qui recouvre en avant les muscles de l'espace interosseux, pour ne pas atteindre l'artère tibiale antérieure, qui repose souvent sur le côté externe du péroné, et se trouve alors très-superficiellement placée.

Si le chirurgien s'aperçoit que sa dernière incision n'est pas assez élevée, et qu'il n'a pas conservé assez de parties molles, il peut y remédier aussitôt en divisant longitudinalement les attaches de l'aponévrose jambière, aux bords antérieur et interne du tibia; cette simple incision permet de relever facilement les chairs, et diffère du procédé de M. Baudens, professeur à l'hôpital d'instruction d'Alger. Ce chirurgien détache tous les muscles dans l'étendue d'un pouce ou deux avec la pointe du couteau, tenu parallèlement à l'axe des os; et il me semble que cette manière de faire doit exposer à blesser les vaisseaux, et à mâcher en même temps la plaie.

Je marque alors sur le tibia le point où j'appliquerai la scie, et il ne me reste plus qu'à diviser les chairs interosseuses.

### § III. — Division de l'espace interosseux, ligature de l'artère tibiale antérieure, etc.

Cette partie de l'opération n'est pas bien distincte dans les procédés ordinaires, et la manière dont on l'exécute me paraît sujette à de fâcheuses conséquences; avant d'avoir précisé le point de section des os, on porte un couteau à double tranchant dans leur intervalle; on le traverse en coupant les parties molles en avant et en arrière, puis on retire l'instrument, et le faisant tourner autour du tibia ou du péroné, selon la situation de l'opérateur, on en conduit la pointe sur la face opposée de l'espace interosseux; le couteau y pénètre de nouveau, répète les mêmes mouvemens, et lorsqu'il a ainsi décrit un 8 de chiffre autour des os, la section des chairs est terminée; il est difficile que ce mode opératoire donne jamais une plaie très-nette, attendu que le couteau agit rarement dans un même plan; il taillade les muscles, les coupe en spirale, et le chirurgien se trouve dans l'alternative ou de scier les os, à la limite la plus inférieure de la section des chairs, ce qui lui donne des bouts d'os en partie dénudés et saillans, ou il porte la scie plus haut, et alors il déchire quelques portions de muscles incomplétement divisés, accident malheureusement trop fréquent.

Un inconvénient plus grave s'observe encore;

(1) La manière dont l'aide doit exécuter cette rétraction est fort importante; il faut qu'il embrasse du plat des doigts une assez grande surface de tégumens, et qu'il les tire en haut par un double mouvement de pression et d'élévation; s'il n'emploie que le bout des doigts ou qu'il agisse sur les bords seulement de la plaie il ne réussit pas.

l'artère tibiale antérieure est dans quelques cas introuvable : j'ai souvent vu, même à Paris, des chirurgiens obligés de recourir à la ligature médiate pour atteindre ce vaisseau. Cette difficulté a été attribuée à la rétraction de l'artère et dépendrait de deux causes : l'une, signalée par le savant M. Ribes, serait la double courbure que décrit le vaisseau pour se porter au-devant du ligament interosseux; l'autre, d'après M. Gensoul, serait la brièveté des fibres musculaires, qui ne pourraient se rétracter aussi haut que l'artère. Sans vouloir prononcer sur la valeur de ces explications, avouons que le fait lui-même ne nous paraît pas constant, souvent l'artère ne se rétracte que très-peu; quelquefois elle dépasse, après l'opération, le niveau de la plaie, ainsi que je l'ai encore constaté à la dernière amputation de jambe faite par M. le baron Larrey, à sa clinique du 25 avril; mais en admettant cette rétraction, il suffirait de renverser un peu les fibres musculaires pour découvrir facilement le vaisseau. Les difficultés que l'on éprouve tiennent, je crois, à d'autres causes; l'artère a été mâchée par le couteau, en même temps que les chairs; il n'y a plus d'intervalles musculaires apparens au milieu de ce gâchis, et le chirurgien se perd dans de vaines recherches. Le vaisseau peut aussi avoir été ouvert latéralement à plusieurs points de sa hauteur, ce qui explique les cas où il y a persistance de l'hémorragie, malgré l'application réitérée des ligatures sur l'ouverture béante de l'artère.

Je puis assurer que, du moment où ces remarques m'ont conduit à modifier le procédé ordinaire, j'ai pratiqué plus de vingt amputations de jambe sans éprouver aucune difficulté à saisir la tibiale antérieure et à l'entourer d'une ligature.

Je me suis posé en règle de ne jamais commencer la section des chairs interosseuses avant d'avoir nettement déterminé le point où les os doivent être divisés. Une incision transversale sur le périoste de la face interne du tibia ayant marqué cette limite, le tranchant du couteau ou d'un bistouri droit est porté à la même hauteur, sur le bord externe du péroné, et en ramenant l'instrument à lui (je suppose l'opérateur placé en dedans du membre) l'opérateur coupe les fibres des muscles, long péronier latéral, extenseur commun des orteils, jambier antérieur, ainsi que l'artère tibiale antérieure, le ligament interosseux, et traverse les fibres musculaires restées intactes à la face postérieure du membre. Il suffit de tirer un peu en bas les parties divisées, pour agrandir leur intervalle, et il devient facile d'engager en arrière la pointe de l'instrument dans l'espace vide qui est produit et d'achever de ce côté la section complète des chairs, en tournant successivement le tranchant de l'instrument vers le tibia et le péroné.

On obtient ainsi, après avoir scié les os, une plaie dont la surface est nette, comme tranchée d'un seul coup, sans taillades et sans piqûres. La promptitude avec laquelle on opère rend les douleurs moins vives, la réunion est plus facile, la ligature des artères n'exige aucune recherche pénible, l'irritation est bornée à ses causes indispensables, et il en résulte, je crois, les chances de guérison les plus favorables.

Dans un prochain numéro, je rapporterai plusieurs observations d'amputations de jambe, prises dans la pratique de nos principaux chirurgiens. Ce sera le moyen le plus facile de comparer leurs procédés opératoires, et, en donnant la description de celui que je propose, je rappellerai quelques particularités qui n'ont pas trouvé place dans cette première partie. J'essaierai aussi d'exposer les raisons que l'on fait valoir aujourd'hui pour ou contre la réunion immédiate.

C. Sédillot, D.-M. P.

---

## CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

### Clinique de l'infirmerie du Comté de Dublin (1), par le professeur Graves.

Emploi des ventouses sèches. — Extension de leur application dans différentes affections. — Pneumonie enlevée par une attaque de choléra grave. — Administration de l'émétique à haute dose dans la pneumonie et le croup. — Emploi du nitrate d'argent dans la diarrhée chronique, les fissures du mamelon, le psoriasis. — Périostite des os du crâne.

Nouvelle espèce de ventouses sèches. — Application des ventouses dans un grand nombre d'affections différentes.

Le docteur Graves, après avoir rapporté un cas de vomissement hystérique guéri par l'application des ventouses sèches sur l'abdomen, fait la réflexion suivante sur ce moyen de traitement.

Lorsque vous appliquez un verre à ventouse sur quelque partie du corps et que vous y faites le vide, une grande quantité de sang afflue sur ce point et y distend la peau à un degré souvent considérable. Les expériences du docteur Barry sur la circulation veineuse ont démontré que le sang contenu dans les parties soumises à l'action des ventouses, cesse de prendre part à la circulation générale et d'en éprouver les modifications. Si un point de la peau offre par suite d'une action morbide une injection vasculaire, vous pouvez, en appliquant plusieurs ventouses sur un point peu éloigné, soustraire une grande quantité du sang qui se rendait dans la partie malade, et pendant le temps que durera l'application la maladie peut faire de rapides progrès vers la guérison. Cette explication est aussi celle que l'on peut donner de l'action des ventouses lorsqu'elles sont appliquées au-dessus d'un organe interne enflammé. Vous savez qu'en appliquant des ligatures sur les artères qui se rendent à des tumeurs de différentes espèces, on parvient fréquemment à arrêter par ce moyen les phénomènes inflammatoires qui accompagnent le développement de ces tumeurs; ici la ventouse agit comme la ligature.

Le docteur Arnolt, raisonnant d'après les faits que nous venons de vous exposer, a pensé que l'usage des ventouses sèches ne devait point être borné aux affections locales, mais que l'on en pouvait obtenir sur la circulation générale des effets très-importans et d'une grande utilité. Ainsi, en diminuant la pression atmosphérique sur une portion considérable du corps et par les mêmes moyens que dans l'application de la ventouse, on peut soustraire à la grande circulation une quantité de sang assez considérable pour que le sujet tombe en

(1) *The London medical and surgical Journal.*

syncope; les essais qu'il a tentés lui ont fourni des résultats extrêmement intéressans; ainsi il a appliqué sur un membre une boîte de cuivre ou d'étain, fermée exactement et disposée de manière à ce que l'air ne pût pénétrer par l'ouverture destinée à l'introduction du membre; puis faisant le vide, aussitôt il voyait les veines du membre distendues par du sang, et en même temps, comme une quantité considérable de sang se trouvait par ce moyen soustrait à la circulation générale, la personne tombait en syncope absolument comme si elle eut été saignée par l'ouverture de la veine. Pour produire un effet puissant avec une légère diminution de la pression atmosphérique, il faut agir à la fois sur plus d'un membre. Ainsi, si vous placez sous une boîte de ce genre soit le bras, soit la jambe ou la cuisse, et que vous mainteniez dans les tégumens, par la diminution de la première, une ou deux livres de sang, la même quantité sera soustraite momentanément à l'action du cœur et de la grande circulation, et vous obtiendrez les mêmes effets que si vous aviez subitement tiré de l'économie une quantité équivalente de sang. L'homme le plus robuste ne pourra supporter sans tomber en défaillance l'application de cette espèce de ventouse sur les deux jambes. Cette modification me semble promettre des applications avantageuses à la médecine pratique. Vous savez que les effets bienfaisans de la saignée ne dépendent pas tant de la quantité de sang tiré que de l'impression qu'elle produit sur l'économie. Lorsque nous avons une inflammation violente et étendue à combattre, nous ne tirons pas du sang par une petite ouverture, mais nous pratiquons un large orifice, ou nous ouvrons en même temps une veine aux deux bras, nous faisons tenir le malade debout et nous tâchons d'obtenir la défaillance. Quelquefois le malade se trouve mal par la crainte et avant qu'il ait perdu une quantité considérable de sang, et cette défaillance est aussi utile que celle qui résulte de la quantité de sang écoulé. Mais par cette machine inventée par le docteur Arnolt, et qui est fort simple, nous pouvons obtenir des effets aussi puissans sur le système vasculaire général que de l'émission sanguine et sans aucun de ses désavantages. Le docteur Arnolt propose encore l'emploi d'un moyen qui a quelque rapport avec le dernier, mais il est beaucoup moins efficace. C'est l'application d'un bandage, peu serré, sur la partie supérieure d'un membre, des cuisses, par exemple, de manière à empêcher le cours du sang dans les veines, et ensuite de placer les jambes dans l'eau chaude; la quantité de sang retenue par ce moyen dans les membres inférieurs sera suffisante pour que le malade tombe en défaillance. Ce moyen peut servir dans quelques occasions, mais il est inférieur aux ventouses sèches et ne peut être appliqué que sur les extrémités inférieures. Il est des circonstances dans lesquelles l'emploi de cette espèce de ventouse sèche offrira des avantages qu'aucun autre moyen ne pourrait fournir; c'est dans les cas douteux où une inflammation qui s'accroît menace les jours du malade, et où la faiblesse de sa constitution, son état de prostration font craindre que les effets de la saignée ne produisent des résultats plus prompts et plus désastreux que l'inflammation d'un organe important. Par l'emploi de cette méthode on peut arrêter, ou au moins retarder une inflammation et diriger sa marche sans employer d'évacuations sanguines qui auraient pu trop debiliter le malade. Il n'est pas de praticien qui ne se soit trouvé un grand nombre de fois dans l'embarras causé par l'incertitude de l'effet que produira la saignée chez certains sujets, pendant qu'une phlegmasie de quelque organe la réclamait. Par l'application de la ventouse de M. Arnolt on obtiendra tout l'effet de la saignée sans aucun de ses désavantages. Le sujet est digne d'être soumis à de nombreuses expériences cliniques et promet un moyen avantageux dans les cas les plus embarrassans et d'une facile application. On pourrait fabriquer des ventouses de forme convenable, de manière à ce qu'elles pussent être appliquées facilement sur le bras, les cuisses, et qu'à l'aide d'une pompe à air on pût obtenir en quelques minutes l'effet désiré. Quand à leur application dans les cas d'affection locale, je pense que l'on ne peut pas craindre de lui donner trop d'extension. Il y a un grand nombre de cas de névralgies hystériques qui affectent quelquefois l'épine, d'autres fois les côtés ou d'autres parties, que l'on a traitées jusqu'ici par la saignée, les sangsues, les vésicatoires, les linimens et les fumigations, mais dans lesquels on retirerait plus d'avantage de l'application des ventouses sèches sur les régions voisines de la partie malade, que de ces différens moyens dont les uns manquent souvent l'effet qu'on en attend, et dont les autres produisent une irritation considérable sans aucun avantage qui la compense. Ce moyen est surtout applicable dans une de ces affections si embarrassantes pour le médecin, et qui résistent avec le plus d'opiniâtreté à tous les moyens qu'on leur oppose; c'est la céphalalgie des jeunes femmes. Il en existe beaucoup de variétés et elle se lie en général à quelqu'irrégularité dans les menstrues ou à quelque dérangement du tube digestif. La saignée ou ne produit qu'un soulagement momentané, ou aggrave les symptômes existans; les applications de sangsues ou de lotions froides augmentent le plus souvent la douleur. Le moyen le plus utile pour combattre la douleur de tête, après que l'on a cherché à régulariser les menstrues ou à réparer le trouble des organes digestifs, c'est sans contredit l'application des ventouses sèches sur la partie postérieure du cou et entre les épaules.

Vous avez vu un nommé Ryon, qui était depuis long-temps à l'hôpital, éprouvant de vives douleurs dépendant en partie de rhumatismes et en partie de névralgie, dans la région lombaire, le bas-ventre et les cuisses; mais surtout dans la région lombaire, où d'un côté la sensibilité était exquise. Il avait été traité par le mercure et les vésicatoires, avait eu cent sangsues appliquées en huit fois différentes, et avait éprouvé tous les moyens employés dans ces sortes de cas, sans un soulagement notable de ses douleurs, qui ont disparu sous l'influence des ventouses sèches appliquées sur les parties douloureuses.

Chez un autre homme nommé Eustache, vous avez vu une sciatique céder à l'emploi du même moyen. Dans la salle des fièvres, une femme affectée de bronchite en a éprouvé une amélioration notable. Il me semble que les cas où la douleur est le seul symptôme appréciable, ne sont pas les seuls où les ventouses sèches soient applicables. Dans les paroxismes de l'asthme spasmodique, de la toux fébrile et du catarrhe suffocant, elles peuvent diminuer ou arrêter complétement les accidens. Dans la bronchite avec emphysème, elles peuvent diminuer la congestion qui se forme dans les poumons, et

conséquemment la dyspnee; elles produisent surtout des effets remarquables par leur rapidité dans la bronchite suffocante des enfans qui viennent de naître. Sous ce rapport, on ne peut établir aucune comparaison entre l'effet des sangsues et des saignées dans cette affection grave, et qui offrent de grandes difficultés dans leur emploi, et celui que l'on obtient de l'application facile des ventouses.

Disparition d'une pneumonie sous l'influence d'une attaque de choléra grave. — Emploi de l'émétique à haute dose dans la pneumonie et le croup.

Vous vous rappelez un malade qui fut reçu dans les salles présentant une inflammation du poumon gauche qui résultait, d'après son rapport, d'un coup d'un chandelier de bronze qu'il avait reçu sur le côté. Quelle que fût en réalité la cause de cette affection, il présentait à son admission tous les symptômes de la pneumonie. Il y avait une vive douleur au côté gauche et une hépatisation considérable. Tous les phénomènes de la pneumonie augmentèrent avec une intensité remarquable pendant un jour ou deux, quand tout à coup la maladie prit une marche entièrement opposée; il se plaignit de l'estomac, fut pris de vomissemens très-intenses qui durèrent deux jours sans interruption; enfin, il éprouva tous les symptômes du choléra, du vrai choléra indien ou spasmodique. Il eut aussi des selles liquides, mais elles furent beaucoup moins fréquentes que les vomissemens; les extrémités prirent la couleur bleue caractéristique; mais comme les symptômes n'éprouvèrent aucune amélioration et qu'il offrait les signes les plus positifs du choléra, il fut envoyé à l'hôpital des cholériques. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que quand le choléra se fut prononcé, et qu'une grande quantité de fluide eut été évacuée du corps par les vomissemens et la diarrhée, l'hépatisation du poumon et les autres symptômes pulmonaires disparurent. Tous les phénomènes de l'affection du poumon furent enlevés en moins de 36 heures, avec une rapidité dont je n'avais point encore observé d'exemple. Nous l'examinâmes avec le plus grand soin avant qu'il quittât l'hôpital, et nous ne pûmes trouver aucune trace d'une maladie, (la pneumonie) qui, deux jours avant, prenait tant de violence et d'extension. Quelle conclusion pratique tirerons-nous de ce fait? Vous voyez ici une congestion et une inflammation du poumon enlevées complétement par l'émission d'une quantité considérable de fluides fournis par le tube digestif, et vous voyez une preuve de l'efficacité de la contre irritation appliquée à la muqueuse de l'estomac et des intestins dans les maladies des organes pulmonaires. L'induction que nous pouvons tirer des circonstances que nous offre ce cas, c'est que le tartre émétique, et les autres moyens dont l'action imite le choléra, sont de la plus haute valeur dans le traitement des maladies pulmonaires. On agite souvent la question de savoir si le tartre émétique produit cet effet particulier sur les poumons par une action toute spéciale sur l'économie, ou au moyen de la dérivation qu'il détermine sur l'estomac et les intestins. Je crois qu'il agit tantôt d'une manière et tantôt de l'autre. Je l'ai vu souvent réussir sans qu'il eût produit aucun effet sur ces organes.

L'emploi du tartre émétique dans les différentes formes de maladies de poitrine, a été essayé depuis quelques années chez un très-grand nombre de malades dans cet hôpital, et c'est à M. Potter, chirurgien de cet établissement, que nous devons l'application si efficace de cette médication dans les cas de croup. Mon collègue et moi avons très-fréquemment vu des cas de croup céder sous l'influence de l'émétique et de la saignée de la veine jugulaire, et je suis convaincu, d'après l'observation d'un très-grand nombre de faits, de l'efficacité de cette médication.

Emploi du nitrate d'argent dans la diarrhée chronique, les cas de fissure du mamelon chez les nourrices et le psoriasis opiniâtre.

Vous avez observé que dans quelques occasions j'ai administré le nitrate d'argent à l'intérieur et avec beaucoup de succès, surtout dans les cas de diarrhée chez des sujets phthisiques. Je ne prétends point que vous puissiez l'employer dans toutes les circonstances et chez tous les individus qui seront atteints de diarrhée; mais vous trouverez dans beaucoup d'occasions que c'est un moyen utile, et il est bon d'avoir plusieurs médications à employer successivement dans les cas de diarrhées colliquatives, accompagnées, comme on l'observe souvent, de beaucoup d'anxiété et de difficulté chez le malade qui est en ce moment dans les salles. Vous avez vu qu'un grain de nitrate d'argent donné trois ou quatre fois par jour a agi avec plus d'efficacité contre la diarrhée que vingt grains d'acétate de plomb, et déjà vous vous rappelez avoir vu un cas analogue il n'y a que quelques jours. Le nitrate d'argent a arrêté la diarrhée sans diminuer l'appétit, sans augmenter la fièvre et sans ajouter à la disposition naturelle aux sueurs.

Lorsque vous arrêtez la diarrhée par l'administration des opiacés, vous augmentez généralement l'exhalation de la peau, car c'est, avec la diminution de l'appétit, l'un des effets de l'emploi de l'opium, ce qui n'a pas lieu quand on administre le nitrate d'argent; il ne supprime pas la sueur, ne la diminue même pas, comme le fait quelquefois l'acétate de plomb, mais il ne l'augmente pas comme le fait l'opium.

Il y a encore une autre affection bien incommode, bien que moins grave, dans laquelle on emploie le nitrate d'argent avec succès; c'est dans les cas de fissure et d'excoriation qui surviennent assez souvent sur le mamelon chez les jeunes femmes qui ont nourri pendant trois ou quatre mois et chez lesquelles elles déterminent un état d'irritation et de sensibilité telle que dans quelques cas elles sont obligées de cesser de nourrir l'enfant. Dans ces cas, on a employé beaucoup de moyens sans succès; mais ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de toucher avec une solution de nitrate d'argent, dans la proportion d'un dixième, toutes les fissures et les excoriations douloureuses. J'ai vu ce moyen suivi du succès le plus complet chez une dame qui était tourmentée d'une insomnie continuelle; car il est difficile de concevoir combien sont vives les tortures qu'éprouve la mère toutes les fois qu'elle approche l'enfant du sein, et l'irritation et les douleurs que ces petites plaies entretiennent. Le premier jour où l'on fit l'application du nitrate d'argent, la dame reposa toute la nuit, et au bout de quatre ou cinq jours elle était complètement rétablie.

Je vous rappellerai encore une circonstance dans laquelle l'emploi du nitrate d'argent est utile; c'est

dans quelques affections cutanées; vous en avez vu un exemple dernièrement chez un individu atteint de psoriasis et qui est sorti guéri à la suite de l'application directe sur la peau du nitrate d'argent. Quand vous avez depuis quelque temps en traitement un cas de psoriasis, et que vous avez employé les moyens ordinairement prescrits, tels que l'eau d'Harrowgate, ou l'arsenic, ou la douce-amère, et que le traitement commence à agir sur les anciennes taches, si de nouvelles apparaissent, alors il convient de toucher ces dernières avec le nitrate d'argent, et par là vous guérirez votre malade trois semaines ou un mois plus tôt que si vous aviez continué simplement le traitement ordinaire; mais je ne commence à appliquer le nitrate d'argent que quand le traitement a commencé à agir sur la constitution.

Périostite des os du crâne.

Un homme dans la vigueur de l'âge, et d'une très-forte constitution, se présenta à l'hôpital il y a deux ou trois mois, accusant des douleurs de tête si violentes et si continuelles, qu'il souffrait le jour et la nuit, et ne pouvait prendre un moment de repos. Il n'offrait, du reste, aucun autre symptôme de maladie. La douleur était principalement bornée à une certaine portion de l'os frontal, et sur ce point la pression déterminait un sentiment douloureux très-peu prononcé.

L'étude des antécédens nous apprit qu'il avait eu la syphilis et avait employé un traitement mercuriel quelque temps avant l'apparition de la douleur frontale. Je pensai dès lors que la douleur était produite par une périostite interne des os du crâne, et résolus de la traiter par le mercure. Aussi lorsque la bouche fut affectée, la douleur diminua, et il abandonna l'usage du mercure; mais deux ou trois jours après, la douleur ayant reparu, je fis appliquer sur la partie un vésicatoire qui fut pansé avec l'onguent mercuriel, et il lui procura un soulagement complet. Il quitta l'hôpital plus tôt que je ne le voulais, ayant promis de se soigner et d'éviter surtout de s'exposer au froid.

Il se présenta de nouveau après être resté dehors pendant 15 jours ou 3 semaines; il avait gagné un rhume pendant ce temps; car il se plaignit d'éprouver dans les vertèbres cervicales une vive douleur, que j'attribuai à la périostite développée par l'action du froid pendant que sa constitution était encore sous l'influence du traitement mercuriel. Je lui prescrivis un vésicatoire dont l'application fut suivie d'un soulagement immédiat, mais incomplet. Bientôt même la douleur primitive de la tête revint avec plus de force que jamais. Les moyens appropriés furent employés, et entre autres un vésicatoire appliqué sur le front. Il était évident que cette douleur était due au retour de la première périostite; mais avec cette différence qu'elle n'était pas bornée à un seul point et qu'elle n'irradiait pas d'un centre particulier, mais était générale et non circonscrite. Tout à coup cette douleur prit une plus grande intensité, au point qu'il se roulait sur son lit et ne pouvait s'empêcher de pousser des cris continuels. Il continua ainsi à se plaindre depuis le matin que cette douleur avait redoublé, sans éprouver aucun symptôme nouveau, jusqu'au soir qu'il mourut, indiquant continuellement la tête comme la seule cause de ses souffrances et sans avoir éprouvé de coma.

Le lendemain, l'autopsie fut faite et voici les lésions que nous avons observées.

Le cerveau et les membranes étaient fortement congestionnés, mais sans autre altération notable; la perforation du crâne correspondant aux lobes antérieur et moyen du cerveau offrait une apparence vraiment extraordinaire due à la présence d'un grand nombre d'épines osseuses qui s'élevaient de la surface de la table vitrée. Quelques-unes de ces épines formaient une saillie de quatre lignes à la surface de l'os et se terminaient par une pointe aiguë; la dure-mère était intimement adhérente à ces épines et semblait parfaitement saine; les os du crâne étaient minces, mais sans altération notable; le canal spinal n'offrit ni épine, ni aucune saillie anormale.

A quelle cause attribuerons-nous la mort de ce malade? il avait éprouvé des douleurs violentes et continues. Les douleurs peuvent à la longue amener la mort chez un sujet qu'elles ont affaibli; mais ici la maladie a été si rapide que l'on ne peut l'attribuer à cette cause; le malade avait conservé toutes ses forces; rien ne peut nous l'expliquer. La dure-mère était parfaitement saine, la couleur transparente et naturelle; on n'y voit aucune trace d'épaississement ni aucun des autres signes d'inflammation. La surface externe du frontal et du sphénoïde était parsemée de nombreux dépôts osseux qui formaient des inégalités à bords tranchans et d'épines saillantes qui ressemblaient beaucoup par leur forme à celle de la ronce sauvage; la dure-mère n'offrait pas de perforation; on ne voyait sur aucun point du pus ou de trace de carie. Les os malades avaient conservé leur force normale, et paraissaient, à l'exception de ces excroissances malades, dans l'état le plus sain.

Il est probable que cette affection est différente de la première, celle qui céda si promptement à l'usage du mercure; elle nous offre un exemple de l'ostéite ou de l'exostose douloureuse qui est souvent accompagnée de douleurs extrêmement vives et marche quelquefois avec une rapidité extrême. Dernièrement nous avions dans cet hôpital un cas qui nous a offert un exemple frappant de la rapidité avec laquelle se produisent dans quelques occasions les excroissances de l'os. Ce malade était un homme d'habitudes goutteuses, affecté de rhumatisme et qui présentait des gonflemens osseux sur différentes parties du crâne, et surtout un ou deux derrière l'oreille, et qui avaient acquis ce volume dans l'espace de dix jours. Il rapporta lui-même que quelques-unes de ces tumeurs n'avaient mis que deux ou trois jours pour arriver au développement qu'elles nous offraient. Quelques-unes de ces tumeurs sont ordinairement formées de matières osseuses, solides; d'autres moins anciennes paraissent être de la nature du tophus et n'occasionnent que très-peu de douleurs. Il serait cependant difficile d'assigner la date de l'existence des épines et des saillies du cas dont nous nous occupons; et il serait aussi impossible de déterminer si elles ont été produite par le virus vénérien ou par l'abus du mercure, ou si elles ont été le résultat d'un état cachectique particulier. Ce cas présente même un fait important, c'est que le lobe moyen du cerveau repose sur une épine longue de deux lignes et très-pointue, et cependant il n'y a ni inflammation de la dure-mère, ni inflammation locale du cerveau, et le malade n'a éprouvé ni convulsions, ni accès épileptiformes. On dit généralement dans les ouvrages sur les maladies du cerveau que la formation des épines osseuses dans

la cavité du crâne est accompagnée de convulsions ; ici nous avons vingt épines ou plus à la fois qui pénètrent le cerveau par toutes les directions, et cependant ce symptôme n'a point été observé.

Dans un court espace de temps j'ai vu trois fois la mort produite par des maladies des os du crâne, et cependant chaque cas m'a offert une série différente de symptômes. Dans l'un, il y avait hémiplégie, dans un autre des accès épileptiformes, et dans celui que je viens de vous rappeler nous avons des symptômes anormaux. Je vous citerai encore un fait de ce genre que j'ai observé dans l'hôpital de Saint-Dun. Le sujet éprouvait une douleur vive dans la partie la plus saillante du pariétal avec une légère sensibilité à la pression; des sangsues et des vésicatoires appliqués sur la partie ne lui procurèrent aucun soulagement. La douleur devint extrêmement violente, l'insomnie continuelle et cependant point d'accidens fébriles. Après quelque temps il éprouva des convulsions auxquelles succèda le coma, puis la mort. A l'autopsie nous ne pûmes trouver de carie ni de pus, mais l'os semblait comme rongé par les vers dans une étendue considérable; et une portion de la largeur de la paume de la main était partagée en vingt ou trente petits fragmens, ressemblant aux os wormiens, et qui jouaient les uns sur les autres toutes les fois que l'on appuyait sur le pariétal. En outre la dure-mère avait acquis une dureté analogue à celle du cartilage et la portion sous-jacente du cerveau était ramollie.

---

## Lettre sur l'emploi du cyanure d'or contre la syphilis et les scrophules.

Monsieur,

Depuis près d'un an, j'ai employé presque toujours le cyanure d'or dans le traitement de la syphilis et des scrophules. Il résulte de mes observations que cette préparation est aussi efficace et beaucoup moins excitante que le chlorure d'or et de soude. Le mode d'administration que j'ai suivi diffère peu de celui qui a été recommandé pour ce dernier sel. On peut l'introduire dans le système vivant par le moyen de frictions sur la langue, ou sous la forme de pilules et de pastilles. Quatre ou cinq grains suffisent pour une syphilis récente; il en faut depuis dix jusqu'à vingt, et même au-delà, pour une syphilis ancienne. Le cyanure d'or ne se décompose point comme le chlorure quand on le combine avec un extrait. Sa combinaison avec le *daphne mezereum* est de la plus grande utilité dans la phthisie tuberculeuse au premier degré, le carreau, des ulcères et des tumeurs dont l'affection scrophuleuse est la mère commune. Qu'on le prescrive sous forme de pilules, de pastilles, ou en frictions, on commence toujours par un quinzième de grain, et on arrive plus ou moins rapidement à un huitième.

M. Chrestien, à qui je dois la connaissance du cyanure d'or, possède aussi un grand nombre d'observations en faveur de cette nouvelle préparation.

Je vous serai obligé de la signaler dans votre estimable journal à l'attention des praticiens.

Pourché, D-M.,

Agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de la maison centrale de détention.

---

## Fièvre inflammatoire suivie d'accidens typhoïdes, jugée par une exsudation simulant l'angine couenneuse et par une parotide en suppuration; observation communiquée par M. Dufour, médecin à Montargis.

Obs. — Madame Klénans, âgée de 53 ans, vive, sèche, sanguine et nerveuse, ayant perdu le flux sexuel depuis plusieurs années, sujette à des céphalalgies qui nécessitent une émission sanguine par la lancette, au printemps et à la fin de l'automne au plus tard, avait négligé cette année ce moyen prophylactique, parce qu'elle avait eu, dans un voyage à Paris, une fièvre cérébrale, au mois de juin, qui avait exigé plusieurs saignées.

Privée de sommeil depuis long-temps, par suite de chagrins maternels fort cuisans, elle fut obligée de s'aliter pour une douleur de tête effrayante, le 14 décembre dernier.

Je vois la malade le 15, à midi. Les yeux sont vifs et brillans, les pommettes rouges, la peau aride et le ventre sec. Le pouls petit donne 80 pulsations par minute; mais il offre peu de ressort et s'efface par une compression graduée. Ce n'était pas, comme dit l'école, le pouls supérieur; mais, assuré de lui rendre le ton convenable par la saignée, je tire huit onces de sang. (Au bout de 24 heures ce sang était noir et sec comme du foie.)

Deux heures après l'émission, l'artère était large, donnait 70 pulsations, mais conservait une mollesse inaccoutumée. La faiblesse musculaire était augmentée; il y avait tendance à la lipothymie au moindre mouvement, et cependant la tête était soulagée notablement. (Orgeat, eau gommeuse, tisane acidulée et nitrée, cataplasmes tièdes et vinaigrés sur le front, lavemens émolliens répétés.)

La nuit du 15 au 16 est agitée; le matin il y a du délire, des marmottemens et des perceptions fausses; pourtant la tête, toute endolorie, n'éprouve plus des élancemens aussi poignans que la veille; les yeux, moins rouges, restent constamment fermés; le pouls est vif, fréquent, sans être dur; la langue est humectée, la soif peu marquée, le ventre souple, les urines jumenteuses et rares, eu égard à la quantité de liquides ingérés; les lavemens n'ont amené que des excrémens durs et maronnés.

Vingt sangsues, sur le trajet des jugulaires, sont prescrites dès le matin du 16. On ne les applique qu'à deux heures; elles saignent jusqu'à neuf; un grand soulagement de la tête et une amélioration sensible. L'amadou qu'on avait appliqué se détache pendant la nuit; nouvelle hémorragie assez forte. Je fais employer la poudre hémostatique. (Diète sévère, eau de veau et de carotte pour tout aliment; potion avec les eaux aromatiques antispasmodiques et six gouttes de laudanum de Sydenham, par huit onces; boissons abondantes.)

Les urines sortent mal, quoique la malade éprouve le besoin de l'émingation; le ventre est balonné sans être trop douloureux; un cataplasme émollient, recouvert de quatre gros de nitre y est appliqué; fomentation émolliente sur les deux pieds, qu'on chausse de bonnets de coton, entretenus humides et chauds, au moyen d'une boule remplie d'eau chaude. Au bout de deux heures émission d'un litre d'urine en deux fois.

La médication prescrite est continuée huit jours sans que l'état général s'améliore, sans que les accidens s'accroissent notablement, quoique le délire

sourd subsiste et que la malade éveillée déraisonne complétement, sans se tromper sur l'individualité de ceux qui la soignent.

Avant de passer plus loin, je veux dire un mot de l'emploi des topiques apposés sur les pieds, simultanément avec ceux de l'abdomen. Dans une longue carrière et après cinquante ans de pratique, j'ai vu peu de moyens aussi efficaces pour diminuer l'embarras et la pesanteur de tête, la sécheresse de poitrine, la chaleur du bas-ventre, les douleurs contusives générales et pour déterminer la diaphorèse.

Pour les enfans surtout, les êtres les plus antipharmacoposes qu'on puisse imaginer, ce remède simple, à la portée de tous, m'a tiré bien souvent de l'anxiété où nous jettent des sujets rebelles à toute médication interne, et j'engage les jeunes praticiens à ne le pas négliger. Mon expérience leur est un sûr garant du succès; c'est pour ainsi dire un demi bain, illimité dans sa durée et féeond dans ses produits.

Pour revenir à notre malade, le 8e jour elle se plaignit de chaleur douloureuse à la bouche, accompagnée d'un sentiment d'astriction dans la gorge. La langue, le voile du palais, la luette et l'arrière-bouche offraient des papilles rugueuses. Quelques parties montraient un commencement de fausse membrane blanc-sale. (Eau de gomme laetée pour gargarisme, cataplasmes émolliens sur la gorge, pâte de jujube ou petits morceaux de gomme qu'on laisse fondre doucement.) Du reste, mêmes moyens que dessus.

Du moment que la bouche entière fut envahie, le délire cessa ; ce phénomène est remarquable.

Prévoyant par quelques prodromes que sous peu une ancienne infirmité m'éloignerait de ma malade pour un ou deux jours, voulant d'ailleurs profiter des talens de mes confrères, je fis prier MM. les docteurs Desmoulins et Garnier de venir joindre leurs conseils aux miens. Ils approuvèrent en tout point ma thérapeutique, et partagèrent mon avis sur l'emploi des vésicatoires volans, répétés aux cuisses et aux jambes. On ajouta à la potion antispasmodique deux onces de sirop de quina simple et on en retrancha le laudanum.

La fièvre est peu forte, la peau légèrement humectée, les lavemens amènent des matières liquides et jaunes, mais les urines restent troubles et épaisses sans être rares. Plusieurs lombrics furent expulsés par haut et par bas en divers temps.

Le 12e jour, les fausses membranes étaient toutes formées et tapissaient la bouche des lèvres au pharynx ; la succion et la déglutition font horriblement souffrir la patiente ; une douleur de gorge, répondant à l'angle des mâchoires devient insupportable, je fais joindre ces parties avec l'extrait de belladonne et recouvrir l'embrocation avec un cataplasme fortement opiacé. Une tumeur se développe derrière l'oreille droite, elle acquiert en deux jours le volume d'un œuf; une collection purulente se forme, elle est ouverte avec la lancette, une tasse de pus s'écoule, et de ce moment la douleur cesse, les fausses membranes se détachent, et la malade semble rendue à la vie.

Une autre remarque importante; c'est que du moment de l'évacuation de la parotide, l'affreux tourment de la gorge a cessé et que la malade a pu ingérer les boissons et sucer les pastilles avec facilité.

Mais la pauvre femme n'était pas quitte de tous ses maux : une douleur très aiguë absorbe une moindre souffrance ; le sacrum, les trochanters s'étaient excoriés malgré tous les soins de propreté, et un abcès plus gros que le premier s'était développé à la naissance du coxis. Une escarre, large d'un pouce et longue de deux, n'empêchait point de sentir une fluctuation qui ne sollicitait qu'une issue : elle se fit par rupture, et de ce moment (21e jour de l'invasion), la fièvre et tous ses accompagnemens diminuèrent au point de permettre une alimentation légère, et particulièrement l'emploi du lait, pour lequel madame Klénans avait, dans toute sa maladie, montré une prédilection déterminée.

Le 28e jour, les plaies bien détergées offraient des bourgeons de bonne nature, et le 35e, les cicatrices de la parotide et du sacrum étaient parfaites.

La convalescence n'eut de particulier qu'une faiblesse musculaire extrême qui ne cessa qu'à la fin de février (six semaines).

Dufour, D.-M.

Sur les éruptions pustuleuses de l'œsophage et de l'intestin grêle, consécutives à l'administration de l'émétique à haute dose; par M. Judrin, D.-M. à Semur (Côte-d'Or).

En lisant, dans le n° 126 de la Gazette Médicale, l'observation de pleuro-pneumonie recueillie à la Pitié dans le service de M. Andral, j'eus le projet de vous soumettre deux observations qui me sont propres, et qui me semblaient pouvoir contribuer à dissiper les doutes que vous émettiez sur la nature et la cause de l'éruption observée à l'œsophage et à l'intestin grêle par suite de l'administration de l'émétique à l'intérieur. La lecture de l'article du docteur Luroth, inséré dans le n° 33 de votre journal, me décide à vous les adresser aujourd'hui.

Dans le courant des mois de janvier, février et mars 1832, une épidémie de pleuro-pneumonie régna dans les communes de Vié-de-Chassenay et Courcelles-les-Semur (Côte-d'Or); elle fut meurtrière, car le tiers à peu près des malades succomba. Cette intensité de la maladie, et le peu de succès que j'obtenais de l'emploi exclusif de la méthode antiphlogistique, me déterminèrent à administrer le tartre stibié à haute dose, en le faisant toutefois précéder d'une ou deux saignées chez les sujets vigoureux et jeunes. Cette méthode mixte de traitement ne me fut guère plus heureuse, et je perdis à peu près le même nombre de malades que par la méthode antiphlogistique seule.

Mon intention n'est pas de vous donner ici l'histoire de l'épidémie, qui d'ailleurs, à part son intensité et les deux faits que je vais vous signaler, n'a rien offert de particulier. Je me contenterai donc de livrer à vos réflexions les deux observations suivantes, qui me paraissent d'autant plus dignes de fixer votre attention qu'elles viennent corroborer celles de MM. Andral et Luroth.

Obs. I. — Jean Poussotte, âgé de 45 ans, manouvrier à Menétoy (hameau dépendant de la commune de Vic-de-Chassenay), doué d'une forte constitution et ayant toujours joui d'une bonne santé, est pris, dans la soirée du 3 janvier 1832, d'un frisson d'abord assez léger pour lui permettre de prendre son repas comme à l'ordinaire, mais qui devient très-fort dans la nuit et est bientôt accompagné d'une douleur vive au côté droit du thorax.

Le 4. Ces symptômes augmentent d'intensité; la

fièvre s'allume; la respiration est très-gênée; le malade crache du sang.

Appelé auprès de lui le 5 au matin seulement, je le trouve dans l'état suivant : Douleur profonde dans le côté droit de la poitrine; respiration difficile et douloureuse; toux vive et pénible suivie d'expectoration de crachats visqueux et sanguinolens; pouls fréquent et dur; son mat du côté droit de la poitrine, râle crépitant sec et sonore. (Saignée de 16 onces. Le sang se prend aussitôt, en masse et offre, après le refroidissement, une couenne très-épaisse. Boisson et julep pectoraux; diète absolue.)

Le 6. Le malade se sent tellement soulagé qu'il me fait dire qu'il est guéri et n'a plus besoin de mes soins.

Le 7. Le mieux se soutenant, le malade se lève, prend des alimens grossiers, et voit bientôt renaître tous les symptômes qui s'étaient si promptement dissipés.

Le 8. Le mal empire encore, et je ne suis appelé auprès du malade que le 9. Il m'offre alors les symptômes suivans : Respiration très-gênée; toux pénible; expectoration difficile de crachats visqueux et rouillés; son mat et absence de toute espèce de bruit respiratoire dans tout le côté droit de la poitrine, qui offre, en outre, de l'œgophonie à la base de l'omoplate; face injectée particulièrement du côté droit; peau chaude et aride; pouls fréquent et dur, soif intense; langue sèche couverte d'un enduit jaunâtre; constipation. (Saignée de 12 onces. Le sang est toujours très-épais et couenneux. Potion pectorale avec addition de tartre stibié, 6 grains, à prendre par cuillerée d'heure en heure; demi-lavement.) Les premières doses de la potion sont vomies; mais bientôt la tolérance s'établit.

Le 10. Un peu d'amélioration. (Potion stibiée, 8 grains.)

Le 11. Le malade éprouve quelques coliques suivies de plusieurs selles bilieuses; il accuse en outre un sentiment d'ardeur très-incommode dans la bouche et dans le trajet de l'œsophage, avec difficulté d'avaler. J'examine la cavité buccale, et ne suis pas peu surpris d'apercevoir, tant sur la langue qu'à la face interne des joues et sur le voile du palais, environ une dixaine de pustules, dont la ressemblance avec celles qui se développent sur la peau par suite de frictions stibiées était des plus frappantes. Ces pustules, de couleur blanc-sale, sont saillantes d'une ligne environ, aplaties, déprimées à leur centre, larges d'une ligne et demie, et entourées d'une auréole rouge. Les symptômes généraux ont en même temps augmenté d'intensité. (Même prescription que la veille.)

Le 12. La maladie a pris un caractère de gravité tel que je désespère du malade. L'expectoration est nulle, la respiration fréquente, suspirieuse et bruyante; le pouls est petit, fréquent et mou; la face pâle, couverte d'une sueur froide; les yeux égarés; la voix éteinte. Il y a du délire léger et de la carpologie; les pustules de la bouche se sont un peu affaissées; l'auréole inflammatoire a presque disparu. (Application d'un large vésicatoire à la partie postérieure droite du thorax; suppression de la potion stibiée, qui est remplacée par le looch simple.) Mort dans la nuit.

Obs. II. — Perrot (François), tisserand, âgé de 22 ans, demeurant à Courcelle, doué d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, est occupé, dans la matinée du 18 mars 1832, à porter, à une assez grande distance de son domicile, de très-lourds fardeaux; après quoi il rentre chez lui pour se mettre à travailler dans un atelier froid et humide, ayant le corps tout en sueur. Bientôt un frisson violent le force à quitter son ouvrage et à se mettre au lit.

Le lendemain 19, appelé auprès du malade, il présente tous les signes d'une pleuro-pneumonie double. Anxiété extrême; respiration fréquente et douloureuse; pouls plein, dur et fréquent; peau brûlante; face violacée; son mat des deux poumons, qui font entendre du râle crépitant dans toute leur étendue; leur sommet seulement est encore perméable à l'air. (Saignée de 20 onces, et pour le soir application de 15 sangsues sous chaque sein; il n'en est appliqué que 15 sous le sein droit. Looch blanc; tisane pectorale; diète absolue).

Le 20. Légère amélioration. (Saignée de 12 onces; potion stibiée, 6 grains.)

Le 21. Rémission très-prononcée; respiration moins gênée; poumon droit presque entièrement perméable; le gauche offrant le même état que la veille; pouls moins fréquent et moins dur; peau moite et douce au toucher; sentiment de chaleur incommode à la bouche, où on aperçoit çà et là de petites pustules peu saillantes et d'une couleur rosée. (Potion stibiée, 8 grains; du reste, même prescription que la veille.)

Le 22. Le mieux se soutient; mais les pustules ont acquis beaucoup de volume, elles offrent les mêmes caractères que chez le sujet de l'observation précédente. Le malade avale difficilement; sa parole est gênée et ressemble assez bien à celle d'un individu atteint d'aphthes au pourtour de la langue. Le malade dit qu'il lui a poussé des cornes dans la bouche; ce sont ses propres expressions. (Suppression de la potion stibiée; looch blanc; gargarisme émollient; vésicatoire à la partie postérieure du poumon gauche, où l'on entend encore du râle crépitant.)

Le 23. Respiration libre, expectoration facile; pouls presque naturel; les pustules commencent à s'affaisser.

Le 24. Le malade va très-bien. Il a de l'appétit. La déglutition, quoique difficile encore, lui permet d'avaler quelques bouillons; les pustules s'éteignent peu à peu sans avoir suppuré.

Le 26. Le malade entre en convalescence.

J'aurais bien désiré pouvoir vous donner quelques détails nécroscopiques sur la première observation; mais, dans nos campagnes, le respect pour les morts est poussé à un tel point qu'on nous permet à peine l'examen le plus superficiel des cadavres.

---

GAZETTE DU 25. N° 48.

## CONSTITUTION RÉGNANTE.

### Nouvelles remarques sur la grippe de Paris et son traitement.

La grippe continue à régner dans la capitale. Ce n'est plus ni 50,000 personnes, ni même deux cent mille qui l'éprouvent aujourd'hui. Nous approcherons de très-près de la vérité en affirmant que les

quatre cinquièmes environ de la population de Paris la ressentent à différens degrés. Ici comme à Londres les représentations de l'opéra sont fort souvent interrompues à cause des rhumes des chanteurs. Sous le rapport de l'étendue qu'elle occupe parmi nous, on peut la concevoir comme partagée en plusieurs espèces ou variétés relatives à la proportion de son intensité. Les malades les plus gravement atteints, ceux dont un organe a été profondément frappé, soit que ce soit le tube aérien dans l'une ou l'autre de ses parties, comme ceux qui souffrent d'une angine, d'une bronchite, d'une trachéo-bronchite, soit que ce soit la plèvre ou le poumon lui-même, ces malades seuls se rendent dans les hôpitaux, ou sont retenus au lit. Dans leurs familles, cette première classe de grippés forme le plus petit nombre; à juger par eux de la généralisation de cette maladie, elle ne différerait pas de ce qu'on voit dans tous les temps sous l'influence des variations ordinaires de la température. Une seconde classe de malades comprend les personnes qui souffrent sensiblement, quoique avec plus de modération que les premiers, de la fièvre et des symptômes locaux de la grippe; ceux-là ne se méprennent pas à la nature de leur affection : ils savent et disent qu'ils sont grippés. Plus nombreux que les malades du premier ordre, ils composent une classe intermédiaire entre les précédens et la dernière classe la plus nombreuse de toutes dont il nous reste à parler. Celle-ci s'étend à la moitié presque des habitans de Paris. Ils souffrent si peu qu'ils n'accusent point de maladie; ils n'interrompent point d'ailleurs leurs occupations, ils circulent comme à l'ordinaire, et exécutent généralement toutes leurs fonctions; mais examinez-les avec quelque soin; interrogez-les de manière à arrêter un instant leur attention, et vous serez assurés par l'aspect de leur physionomie, par un sentiment de mal-être général, par la toux et l'enrouement qui voilent leur voix et coupe de temps à autre leur respiration, qu'ils ressentent bien certainement les atteintes de la même maladie. Telles sont les divisions que nous devons admettre parmi les personnes grippées, si nous voulons apprécier exactement dans une cité aussi populeuse que Paris, l'étendue de la domination exercée par cette épidémie.

En parlant de la grippe, de son traitement et de ses progrès, nous avons glissé sur ses caractères pathologiques comme sur ses méthodes de traitement. Il était impossible d'embrasser toutes les considérations qu'elle suggère dans l'espace d'un ou deux articles. Le moment est venu de donner ces nouveaux détails avec autant de soins que l'exige une affection, nous ne dirons pas aussi grave que la grippe, mais aussi générale qu'elle, ou mieux, la plus générale peut-être qui ait paru. Une description approfondie de cette affection est d'autant plus nécessaire, que malgré les preuves que nous avons déjà fournies de sa véritable nature, elle est encore très-mal jugée par des médecins fort répandus, qui s'obstinent d'abord à ne voir en elle qu'une maladie locale, et à s'évertuer en conséquence, à la poursuivre sur tous les organes où elle va se présenter; qui, de plus, s'abusent sur l'espèce d'irritation par laquelle elle se manifeste et la confondent avec les simples inflammations. En parcourant les salles d'hôpitaux où des grippés sont couchés, on voit bien peu de ces malades inscrits par leurs médecins sous le nom de grippe ou d'affection catarrhale épidémique. Presque tous le sont sous celui des symptômes qui domine chez eux, et ont le nom de bronchite, de trachéo-bronchite, de gutturo-bronchite, et d'autres dénominations aussi fausses. Ce n'est rien encore si cette terminologie vicieuse n'exprimait pas une aussi fausse idée de la maladie. Mais dans la pensée de ces médecins, les deux erreurs sont inséparables. Les noms dont ils appellent la grippe sont ceux des inflammations locales sous lesquelles ils s'imaginent reconnaître cette maladie; et ces noms et ces idées se résolvent, comme on sait, en thérapeutique, dans l'usage exclusif des émissions sanguines. Ce qui arrive est aisé à comprendre : quand la grippe est bénigne, comme presque partout, elle guérit malgré les sangsues et les saignées, comme elle guérirait en dépit de toute autre méthode aussi contraire, tandis que lorsqu'il se rencontre quelque cas un peu grave, il ne manque jamais d'empirer, grâce à ce traitement mal entendu. S'il en fallait citer des exemples, nous n'aurions que l'embarras du choix. Contentons-nous de faire de ces réflexions le sujet d'un reproche général, et afin de désabuser, une bonne fois, ces médecins systématiques, reproduisons les phénomènes caractéristiques de la grippe, à côté des indications principales qui doivent en découler.

Nous ne craignons pas de le dire, la grippe est une affection catarrhale : elle ne diffère des affections connues sous ce titre que par sa nature épidémique. L'épidémicité de la grippe n'a pas besoin d'autres preuves que celles de l'universalité de son règne. Nous ne reviendrons pas sur les faits qui la justifient : personne ne peut songer à les contester. Mais le genre épidémique d'une affection est déjà un argument en faveur de son action générale. Comment imaginer en effet qu'une affection qui possède assez de force pour se soutenir au milieu de circonstances aussi diverses que celles qu'elle a traversées en suivant sa route du nord au midi, se borne à agir superficiellement et ne pénètre pas dans la constitution même de l'économie. Cette preuve de l'action générale de la grippe a été exposée dans un autre article; il est inutile de s'y arrêter davantage. Entrons dans la description de ses phénomènes pour voir si elle ne servira pas à la confirmer.

Les phénomènes de la grippe appartiennent à deux séries différentes. Les uns sont limités à une partie séparée du corps; les autres sont répandus sur tous les points de l'organisme. Parlons d'abord des derniers. Il est peu de malades qui n'éprouvent des symptômes généraux; chez un grand nombre, ces symptômes font tous les frais de la maladie; dans la plupart, ils s'associent à quelques phénomènes particuliers. Les phénomènes généraux se témoignent par tous les signes d'un éréthisme général, remarquable particulièrement à la surface du corps et sur la muqueuse. En voici l'énumération : un mal-être général, un sentiment de brisement dans tous les membres, des élancemens douloureux éclatent dans diverses régions; tout le système musculaire est endolori, comme s'il avait été vivement contus; avec ces symptômes, des frissons irréguliers sillonnent la peau et se reproduisent à chaque mouvement; des chaleurs vagues les remplacent et alternent avec les frissons; ce qui ajoute au mal-être qui vient du sentiment de brisement et de douleur contusive des malades. La peau, habituellement sèche, s'ouvre néanmoins facilement à la sueur, mais cette moiteur rappelle à l'instant même les frissons entremêlés de chaleurs qui font avorter ces efforts naissans de détente. Les membranes muqueuses partagent à leur manière l'irritation de la surface.

Elles sont tour à tour arides et brûlantes, ou bien elles laissent distiller une sérosité âcre qui irrite vivement les surfaces qu'elle sillonne. Ces effets se témoignent surtout aux muqueuses oculaires et nasales, par l'irritation dont elles sont le siége, irritation qui se manifeste au dehors par des éternuemens répétés pour la muqueuse nasale et des douleurs oculaires pour la conjonctive. La muqueuse digestive a aussi sa part de cet éréthisme; l'aridité de la bouche, l'inappétence, la chaleur brûlante de l'urine à son passage, la constipation, en sont les preuves. Les organes circulatoires s'énervent ordinairement pendant la durée de ces symptômes. Le pouls est petit, dur, contracté, irrégulier. Tous les soirs cet appareil pathologique s'élève, pendant une suite de jours, ajoutant à l'agitation des malades un sommeil pénible. Il se termine, se relâche vers le point du jour, après les essais d'une transpiration partielle ou générale. Tel est le tableau des phénomènes généraux les plus remarquables de la grippe. Tous les malades les ont ressentis à des degrés divers. C'est après plusieurs jours de durée que la sueur du matin se prononce davantage, devient universelle et opère définitivement la résolution complète de la grippe.

Cet état pathologique général s'observe rarement sans qu'une région particulière de la membrane muqueuse en soit plus fortement affectée. Ordinairement, ce sont les bronches qui sont le siége de cette affection. Aux symptômes précédens se joignent encore ceux qu'on connaît sous le nom de bronchite. C'est dans ces cas que la toux et les diverses espèces de râles, le râle sibilant d'abord, et ensuite le râle muqueux, apparaissent sur les divers points du trajet des bronches; la toux, sèche et dure en commençant, ensuite humide et accompagnée d'une expectoration de crachats muqueux, accompagne aussi la bronchite, conjointement avec de l'oppression, de l'ardeur dans la trachée ou dans les tuyaux bronchiques; de la céphalalgie, tous les signes enfin d'une véritable bronchite. Chez quelques malades, la muqueuse bronchique reste intacte, et tous les effets de la grippe se réduisent à quelques-uns des symptômes généraux déjà mentionnés, associés à ceux d'un simple coryza. D'autres fois, et ce sont les cas les plus rares, l'irritation bronchique se propage jusqu'aux derniers rameaux des bronches; alors paraissent des phénomènes qui simulent une pneumonie. A l'exploration, on reconnaît la matité, l'imperméabilité des cellules pulmonaires, et sur la fin, à l'instant où se montrent les premiers signes de la résolution de cette irritation bronchique capillaire, le râle muqueux, le râle à grosses bulles, dont les râles crépitans et sous-crépitans ne sont que des degrés. Ici, il faut faire une remarque du plus haut intérêt. Ces diverses nuances de râles dans l'espèce de pneumonie, ou plutôt de bronchite capillaire dont nous parlons, sont prises très-souvent pour les signes d'une pneumonie à son début ou à son apogée, tandis qu'ils sont la preuve de la résolution commençante ou même de la résolution avancée de l'engorgement de la muqueuse. Cette méprise tient à l'excès de confiance qu'on accorde aux rapports du stéthoscope. On l'éviterait cependant en observant que l'audition de ces sortes de râles coïncide avec la présence de tous les signes d'une détente générale. La diversité des symptômes locaux que nous venons d'examiner tient exclusivement aux dispositions individuelles. Suivant que les personnes frappées de la grippe auront telle ou telle partie plus susceptible, ce sera par telle ou telle maladie locale que l'épidémie se produira. Ainsi s'expliquent les formes infinies sous lesquelles cette affection a pu se montrer; pourquoi, sous son influence, les uns ont éprouvé une hémoptysie, les autres une bronchite, ceux-ci une pleurésie, ceux-là une pneumonie, d'autres une sciatique ou un rhumatisme. La propriété de la grippe à revêtir des formes, des dispositions propres aux diverses maladies, éclate sans équivoque dans cette observation générale, que toutes les personnes qui étaient sujettes à des douleurs rhumatiques ou goutteuses les ont vues renaître à l'instant de l'apparition de la grippe. Il a suffi, pour apercevoir ce retour d'anciennes affections, de l'existence d'une certaine affinité entre la nature de l'épidémie et celle de la disposition pathologique de ces malades. Le même fait se reproduit relativement à la rapidité avec laquelle on a vu marcher des inflammations chroniques de la poitrine, assoupies et presque éteintes depuis un grand nombre d'années, par l'impulsion venue de la même épidémie.

Maintenant, en réunissant tous les détails, que nous venons d'étudier, pour les observer dans leur ensemble, voici ce que nous pouvons établir : Quels que soient les symptômes de la grippe, sa marche est constamment la même; elle se divise en deux grandes périodes : l'une représentée par tous les phénomènes d'irritation, ou de crudité, comme parlaient les anciens; l'autre par ceux d'une détente ou d'une coction. On retrouve, sur la plus petite échelle possible, les caractères et la division de ces deux temps dans les symptômes et le mouvement d'un simple coryza. Dans le premier temps, signes de l'irritation réunie de la plupart des systèmes d'organes, particulièrement de la peau et des membranes muqueuses. De là les douleurs vagues, le brisement général, les frissons entrecoupés de chaleur, l'ardeur dans les muqueuses, avec exhalation d'un liquide séreux brûlant et corrosif, la fièvre et le pouls dur, contracté; la céphalalgie. Cette période dure depuis 24 heures jusqu'à 4 ou 5 jours, selon l'intensité de la maladie. Après celle-ci, le second temps, ou celui de détente, caractérisé par tous les signes d'une rémission progressive, transpiration générale, humectation des muqueuses, relâchement du pouls, expectoration abondante de crachats épais et doux, émission par les muqueuses d'une humeur homogène, jaune verdâtre, parfaitement liée; sentiment croissant de bien-être et de force. Cette seconde période dure aussi de 4 à 5 jours. Dans la première, prédominance des mouvemens de la circonférence vers le centre; dans la seconde, effort permanent du centre à la périphérie. En somme, la durée moyenne de la grippe est de 6 à 8 jours, quoique, dans les cas les plus simples, elle n'excède pas 3 jours, et qu'elle puisse dépasser le second septenaire lorsqu'elle est compliquée d'une lésion locale profonde.

Pour justifier les aperçus généraux que nous avons présentés sur la grippe actuelle de Paris, nous ne pouvons mieux faire que d'en appeler aux réflexions que l'un de nos plus célèbres médecins, M. Double, a consignées dans l'ancien Journal de médecine, tom. XVI, au sujet de la grippe de Paris en 1803. Les analogies de ces deux affections populaires, de même que leurs différences, éclaireront simultanément les questions que nous venons de proposer. L'une et l'autre sont des affections catarrhales. Celle de 1803 régna en hiver, pendant un temps doux,

humide et pluvieux. La nôtre s'est fait jour, au contraire, sous le plus beau ciel du monde, et pendant la durée de chaleurs insolites des plus fortes. Cependant celle de 1803, comme celle-ci, est née après une période de chaleur sèche; ce qui diminue ou neutralise même les différences qu'on serait tenté de leur supposer, d'après celles de la saison dans laquelle elles ont éclaté. Au surplus, elles sont parfaitement semblables sous le rapport des changemens et des transitions brusques et fréquentes de la température qui les ont immédiatement précédées.

Cet habile observateur a fait remarquer ce que nous avons également indiqué dans la grippe d'aujourd'hui, que presque tous les symptômes de la grippe de l'an XI pouvaient se rapporter à l'irritation de la membrane muqueuse, irritation qui n'avait pas de siége fixe, comme les inflammations locales, mais qui se répandait sur le plus grand nombre des régions de cette membrane, et affectait ainsi indistinctement, en se manifestant par des symptômes relatifs à ses siéges particuliers, toutes les parties de cet important système. Ces symptômes appuyaient quelquefois plus spécialement sur un point que sur un autre: de là naissaient autant de formes de la même affection. M. Double rejette la pensée d'un état inflammatoire comme cause de ces phénomènes; ils ne sont à ses yeux que des effets de l'affectation catarrhale. Il a noté également les dernières périodes qu'elle présentait, soit en la considérant dans son ensemble ou en la prenant dans chaque cas particulier. Enfin toutes les vues pathologiques de ce médecin conversent vers une méthode thérapeutique aussi simple que rationnelle, à laquelle nous avouons qu'on ne peut rien ajouter. C'est cette méthode qu'ont suivie les plus grands médecins avant M. Double, c'est celle dont il serait imprudent de chercher à s'écarter; comme on va le voir, elle est dictée par la nature de l'affection dont il s'agit, et s'éloigne également de cette temporisation timide qui trahit l'ignorance des ressources de notre art, et de cette précipitation téméraire qui méconnaît que c'est, comme le dit Baglivi, en obéissant aux inspirations de la nature, que le médecin parvient à guérir. Voici cette méthode: dans la première période, dans la période d'irritation, emploi des boissons délayantes, adoucissantes, légèrement sudorifiques; dans les cas d'une complication de cette affection, soit avec un état gastrique, soit avec un état inflammatoire, les émétiques d'abord, et puis les purgatifs dans le premier cas, les antiphlogistiques dans le second. Les convalescences, ordinairement longues et pénibles, sont souvent accélérées par l'usage de légères doses de quinquina. Après ces moyens, la chaleur du lit, le repos du corps et de l'esprit, la diète ou une alimentation douce et légère, sont des précautions plus ou moins nécessaires, selon la gravité relative de la maladie. En général, comme la grippe actuelle n'a rien par elle-même d'inflammatoire, les émissions sanguines n'y sont jamais indispensables. Elles prolongent le mal au lieu de l'amender; c'est ce que nous voyons tous les jours dans certains hôpitaux, où l'usage de ce traitement est l'unique ressource des praticiens. Les exemples en ville ne manquent pas davantage. Espérons que les médecins finiront par voir clair dans cette maladie, en apprenant qu'il n'est peut-être aucune classe d'affection où l'on se trouve plus mal d'une soustraction peu mesurée des forces que dans celle à laquelle appartient la grippe.

## CHIRURGIE PRATIQUE.

### Recherches sur quelques causes spéciales de mort après l'opération de la taille (1).

La question des causes de la mort après les opérations de taille a été récemment étudiée avec soin, et l'on avait généralement pensé que quand le malade succombe peu de temps après l'opération, la mort est due dans la majorité des cas, à une inflammation du péritoine. M. Brodie démontra plus tard que cette opinion n'était point exacte; il avait observé que la cause de la mort chez les taillés est une inflammation diffuse du tissu cellulaire, avec ou sans péritonite; que la péritonite n'est qu'un accident secondaire, et ne doit être placée qu'en seconde ligne parmi les causes de la mort.

Deux chirurgiens de province, M. Fletcher de Gloucester, et le docteur Macfarlan de Glasgow ont récemment publié quelques observations qui ont trait à cet important problème. M. Fletcher soutient la fréquence de la péritonite, et la nécessité de fortes déplétions sanguines pour la combattre; le docteur Macfarlan, au contraire, nie qu'elle soit si fréquente et s'accorde avec M. Brodie pour affirmer que l'inflammation cellulaire est plus communément la suite de l'opération, et que les évacuations sanguines sont plus nuisibles qu'utiles. Lorsqu'il survient des divergences aussi tranchées dans la manière de rendre compte des faits, il ne reste qu'un moyen d'arriver à la vérité, c'est d'étudier avec soin et de rapporter exactement les faits eux-mêmes.

Autre question: l'inflammation du tissu cellulaire, lorsqu'elle a lieu, résulte-t-elle de l'extravasation de l'urine, ou des lésions de tissus produites par l'opération, indépendamment de cette extravasation? Dans la majorité des cas ce n'est pas chose facile de déterminer à l'autopsie s'il y a eu ou non épanchement d'urine. Le tissu cellulaire qui avoisine la plaie est plus ou moins frappé de gangrène; un peu plus loin, on trouve un épanchement de pus, ou de lymphe, ou de sérosité sanguinolente, et il est réellement fort difficile pour un observateur de bonne foi de s'assurer s'il y a ou s'il n'y a pas une petite quantité d'urine. Les symptômes d'une inflammation diffuse du tissu cellulaire pelvien et sous-péritonéal sont absolument les mêmes que ceux qu'offre le tissu cellulaire enflammé partout ailleurs. Si l'on dissèque un membre qui a été pris d'une inflammation de ce genre, on peut toujours y découvrir les traces suivantes de l'inflammation, suivant ses périodes: 1° un épanchement plus ou moins abondant de sérosité sanguinolente dans le tissu cellulaire, avec un développement en quelques points des vaisseaux de ce tissu; 2° les cellules occupées plus ou moins par une matière ressemblant à de la gélatine ou à du pus mal lié, ou à un mélange de ces deux choses, mêlées d'un peu de sérosité; il n'y a que très-peu, ou même pas du tout de développement vasculaire; 3° les cellules sont complétement gorgées d'une matière de consistance moyenne entre le pus et la lymphe; ou bien on

(1) *The medico-chirurgical Review*, *april* 1833. Le nom de l'auteur du mémoire n'est pas indiqué.

trouve ici de la lymphe, là du pus bien formé; on ne découvre plus aucun vaisseau sanguin, et le tissu cellulaire paraît plus ou moins frappé de mort, sans doute parce que l'engorgement de ses cellules a mis obstacle à toute circulation. Ces dernières altérations se rencontrent dans les points où l'inflammation a persisté plus long-temps, ou bien où elle a été plus violente; les autres se présentent ou dans une période moins avancée ou dans un lieu plus éloigné du centre de l'inflammation.

Mais ce sont précisément là les mêmes altérations que l'on trouve dans le tissu cellulaire du bassin et des lombes après l'opération de la taille. Au voisinage immédiat de la plaie, le tissu cellulaire frappé de mort; plus loin, une infiltration de pus, ou seulement de lymphe; et, plus loin encore, par exemple dans les fosses iliaques ou dans la région lombaire, il n'y a plus qu'une effusion de sérosité sanguinolente.

Les symptômes anatomiques sont donc les mêmes, mais l'inflammation diffuse du tissu cellulaire d'un membre survenant bien sans l'application immédiate d'une substance irritante, sans l'épanchement préalable d'aucun fluide délétère, et par le seul effet d'une fracture compliquée, d'une plaie ou de quelqu'autre lésion extérieure, n'y a-t-il pas lieu de présumer que la lésion produite par l'opération de la taille est suffisante par elle-même pour enflammer aussi le tissu cellulaire du bassin? Et l'on sait en effet que cette inflammation est plus fréquente après les opérations où l'on a eu à faire à une pierre plus volumineuse, où il a fallu faire plus d'efforts et revenir à la charge plusieurs fois pour l'extraire, en un mot, où le tissu cellulaire a été plus déchiré, plus meurtri, plus gravement offensé, et par là même plus disposé à l'inflammation.

Ces préliminaires établis, nous allons donner le récit détaillé de quelques observations recueillies à l'hôpital Saint-Thomas, et qui serviront à jeter quelque lumière dans cette discussion.

Lithotomie. — Mort le cinquième jour. — Inflammation du tissu cellulaire, avec une légère péritonite.

Obs. I. — Williams Cocquerel, âgé de 4 ans et demi, entra le 26 septembre 1829, dans le service de M. Keate, avec les symptômes ordinaires d'un calcul vésical. Il fut opéré le 1er octobre; on employa le gorgeret à deux tranchans. La pierre pesait 2 gros et 10 grains; ses couches externes étaient formées de divers phosphates.

A cinq heures du soir, nulle douleur, hormis en rendant l'urine, qui passe librement à travers la plaie; le pouls tranquille; la peau plutôt fraîche que chaude. Il dormit une grande partie de la nuit.

Le lendemain, à 10 heures du soir, le pouls était accéléré, la peau plus chaude; quelques heures auparavant s'était montrée une légère douleur dans l'abdomen, mais qui avait cédé après un bain chaud; il ne restait ni sensibilité ni tension à la pression; l'urine coulait librement.

Le 3 octobre, à 9 heures du matin, sensibilité extrême par tout l'abdomen, sans tension; le pouls à 150, vif et dur; la peau chaude, la langue blanche. L'urine a passé ce matin à travers l'urètre; rien d'extraordinaire à la plaie. Le malade n'a pas encore été à la selle. (Prescription: saignée de 4 onces; 8 sangsues sur l'abdomen; huile de ricin à l'intérieur.) A 4 heures du soir, la sensibilité est moindre et limitée à l'hypogastre, le pouls tranquille et plus mou; la langue blanche; la transpiration abondante; il y a eu des selles abondantes. Le caillot de sang est très-couenneux, à bords relevés en forme de coupe. (Prescr.: 10 sangsues à l'abdomen) A 9 heures du soir, les dernières sangsues n'ont produit aucun bien; le pouls est faible, aisé à déprimer; la peau visqueuse, la langue blanche; l'urine sort librement, partie par la plaie, partie par l'urètre. M. Keate, ayant été obligé de s'absenter, fut remplacé par M. Brodie, qui ordonna: sagou, arrowroot et vin. Il introduisit le doigt dans la plaie, ce qui amena une légère hémorragie.

Le 4 octobre, l'enfant a un peu dormi; le pouls est un peu plus plein, sans doute par l'effet des stimulans administrés; la langue est brune au centre et sèche; figure paisible; l'abdomen se tympanise, sans offrir cependant de tension; il y a eu une selle. (Thé de bœuf, eau-de-vie, etc.) Le soir, l'enfant avait vomi plusieurs fois; l'abdomen était plus distendu, le pouls plus faible; la mort arriva le 5, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. Effusion de sérosité nulle ou très-légère dans la cavité péritonéale; mais injection partielle du péritoine, et quelques légères exsudations de lymphe. Epanchement de lymphe dans le tissu cellulaire en dehors du péritoine, dans les lombes, etc. et de sérosité dans le tissu cellulaire du bassin. Nul indice de gangrène. L'incision s'était étendue à travers la prostate et sa capsule.

Lithotomie. — Mort le cinquième jour après l'opération. — Péritonite légère. — Inflammation du tissu cellulaire.

Obs. II. — Richard Grey, âgé de 4 ans et demi, fut admis le 16 juin 1831 dans le service de M. Brodie, pour un calcul vésical. L'enfant était très-bien portant. On évacua les intestins avec l'huile de ricin, et l'opération fut faite le 17. M. Brodie avait d'abord voulu pénétrer dans la vessie avec un bistouri ordinaire; mais l'urine s'étant échappée par la cannelure du cathéter, on substitua au bistouri le gorgeret. L'opération dura dix minutes; on retira deux petites pierres qui parurent formées d'acide urique. Le malade fut reporté dans son lit, les genoux élevés sur un coussin, et la plaie abandonnée à elle-même.

Jusqu'au 19, l'enfant alla assez bien; mais ce jour-là la peau devint plus chaude, la face légèrement anxieuse, le pouls très-fréquent. Depuis l'opération, il n'y avait eu encore aucune selle. (Potion avec le séné.) A cinq heures du soir, le séné a fait effet; mais les symptômes continuent avec plus d'agitation, un peu de sensibilité au ventre et une tendance à relever les genoux. (Potion saline, une demi-once, avec vin émétique, 5 scrup., et liqueur sédative d'opium, 2 scrup. toutes les quatre heures; 2 grains de calomel; un bain tiède et des fomentations après.) A dix heures, on réitéra le calomel avec ordre d'en donner 2 grains toutes les quatre heures, et on appliqua 6 sangsues à l'abdomen.

L'enfant dormit durant la nuit. Le 20 au matin, il était plus calme; le ventre moins sensible, les genoux moins élevés; le pouls toujours fréquent. On cessa le calomel et on répéta la potion saline sans addition d'opium. A six heures du soir, la peau était plus chaude; anxiété; pouls petit et fréquent,

le ventre est plus sensible ; le délire, qui avait apparu très-léger la veille, revient aujourd'hui. (8 sangsues à l'abdomen.) A onze heures du soir, nul changement, si ce n'est une faiblesse plus grande. On applique un vésicatoire sur l'abdomen.

L'enfant s'assoupit un peu, et le 21 il y avait quelque rémission dans les symptômes. Les genoux étaient tantôt relevés, tantôt abaissés ; le décubitus ordinaire était sur le côté gauche ; l'enfant reposait les yeux fermés, mais fréquemment il tournait la tête brusquement d'un côté à l'autre en jetant de grands cris; la face pâle et anxieuse ; la pression sur l'abdomen arrachait des cris de douleur ; le pouls était très-fréquent ; la langue chargée d'une croûte épaisse ; les lèvres en desquamation. Garde-robes fréquentes, de couleur verte ; l'urine s'écoule facilement. (6 sangsues ; on reprend l'usage de la potion saline et du calomel toutes les quatre heures.) L'enfant s'affaiblit dès lors rapidement ; il expira dans la nuit du 22

L'autopsie fut faite le 24, à une heure après midi. Les intestins étaient distendus par des gaz; on trouva une injection vasculaire peu considérable, parsemée ça et là sur le péritoine intestinal, comme sur celui des parois de l'abdomen. Dans sa cavité, il y avait un peu de sérosité trouble et d'un jaune foncé.

Un peu de sérosité engorgeait le tissu cellulaire du bassin aux environs de l'incision, sans aucune marque évidente de gangrène ni d'infiltration urinaire ; la plaie de la vessie était peu étendue. On ne trouva rien ailleurs qui rendit compte de la mort.

Dans les calices d'un rein existait un peu de matière calculeuse ; le rein lui-même était plus mou et offrait en quelques points une injection vasculaire.

Lithotomie. — Calcul mural volumineux. — Mort en 43 heures. — Inflammation diffuse du tissu cellulaire avec péritonite commençante.

Obs. III. — Georges Shorter, âgé de 15 ans, constitution scrofuleuse, quoique présentant d'ailleurs l'apparence d'une bonne santé, fut admis le 13 février 1832 dans le service de M. Hawkins. Il avait tous les symptômes de la pierre ; son urine fut trouvée acide. M. Hawkins le sonda et reconnut un calcul ; il le présuma d'un volume considérable ; mais le calcul était situé si loin en arrière que, même en s'aidant du doigt introduit dans le rectum, le chirurgien ne put acquérir de notions certaines sur ce point.

Le malade raconta qu'il avait souffert des symptômes de la pierre depuis l'âge de deux ou trois ans. Il avait été sondé par sir A. Cooper, qui n'avait point rencontré le calcul.

On lui fit prendre quelques doses d'huile de ricin ; on prit soin encore de vider les intestins à l'aide d'un lavement, dans la matinée du 21 février, et à une heure après midi on le soumit à l'opération.

M. Hawkins employa un gorgeret à lame étroite ; la pierre chargée avec les tenettes s'arrêta dans la plaie, et il fallut réitérer les tentatives pour l'extraire. Elle était ronde, à peu près du volume d'une noix, de cette espèce qu'on nomme *murales* avec de nombreuses aspérités.

Nous ne décrirons par les symptômes qui suivirent et qui se rapportent à ceux des observations précédentes. Il mourut le 23, entre 4 et 5 heures du matin.

Autopsie le 24 à 2 heures du soir. — On trouva quelque développement vasculaire en divers endroits du péritoine pariétal, mais plus marqué sur le péritoine qui recouvre les intestins, et principalement dans le bassin et vers les lombes. Il y avait à peu près une once de sérosité sanguinolente dans la cavité péritonéale.

La plaie paraissait noire et gangrenée surtout au voisinage de l'ouverture de la vessie. Le tissu cellulaire était infiltré de pus et de lymphe d'apparence sanieuse ; dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite l'infiltration était séreuse, d'une sérosité sanguinolente et trouble ; elle s'étendait sous le péritoine jusqu'au niveau du mésocolon ; et était assez copieuse dans la fosse iliaque droite pour avoir décollé le péritoine. Il ne fut pas possible de déterminer s'il y avait eu ou non quelque épanchement d'urine. La prostate avait été complétement divisée du côté gauche ainsi que sa capsule, et la vessie avait été incisée elle-même à un quart de pouce au-delà de la prostate.

M. Brodie fit observer, lors de cette autopsie, qu'un calcul de la forme et des dimensions de celui-ci pouvait très-bien être extrait de la vessie d'un jeune sujet, sans exposer à des chances sérieuses de mort. Mais la vessie avait été intéressée par l'incision ; et quand la plaie s'étend aussi loin, soit par incision, soit par déchirure, il y a matériellement plus de chances d'inflammation du tissu cellulaire. Le malade n'avait pas dormi dans la nuit qui suivit l'opération ; de plus, il s'était plaint de douleurs dans le dos ; symptômes fâcheux, dont le dernier indique le développement de l'inflammation cellulaire. Dans ces cas, M. Brodie assure avoir toujours vu le mal aggravé par des évacuations sanguines ; quand l'affection attaque des adultes, elle est presque toujours mortelle ; les enfans y résistent beaucoup mieux.

On a pu voir par les faits précédens que les symptômes observés peuvent être réduits à ceux-ci : 1° la fièvre, apparaissant du premier au troisième jour de l'opération et caractérisée par le pouls fréquent, la peau médiocrement chaude et rouge, rarement des frissons, plus souvent une irritabilité de l'estomac et des vomissemens ; 2° de la sensibilité à l'abdomen, surtout dans les régions iliaque, inguinale et pubienne ; 3° un peu plus tard, le gonflement de l'abdomen, puis une tympanite réelle, la dépression des forces vitales, et la mort dans les sept ou huit jours qui suivent l'opération.

L'autopsie montre une inflammation cellulaire plus ou moins étendue, accompagnée pour l'ordinaire d'un peu de péritonite ; mais cette dernière est trop légère pour expliquer les symptômes et la mort. Il est donc permis de conclure que le péritoine n'est affecté que consécutivement au tissu cellulaire, et que l'inflammation s'étend de l'un à l'autre uniquement en raison de leur contiguïté.

Une autre cause de mort qui n'est point rare après la lithotomie, c'est la formation d'un abcès, c'est-à-dire d'une collection circonscrite de matière dans le tissu cellulaire du bassin. Dans quelques cas l'abcès est précédé des symptômes d'une inflammation diffuse générale dans ce tissu, laquelle, réprimée à temps, se termine par une collection purulente limitée ; d'autres fois, ce sont les phénomènes propres à la formation d'un abcès qui se montrent successivement, sans aucune trace d'inflammation

diffuse. Dans tous les cas dont nous avons été témoins, il y avait un trait commun, savoir, la fréquence du pouls, qui se montrait après l'opération et persistait dans toutes les périodes suivantes de l'observation. C'est en général un symptôme fâcheux après une opération ou un accident; les dépôts purulens surviennent le plus souvent chez les sujets où il s'est présenté.

Il est peu surprenant que les abcès du bassin puissent survenir après la lithotomie; si l'inflammation diffuse en est si fréquemment la suite, on serait bien plutôt étonné que les abcès ne succèdent pas plus souvent à cette inflammation, comme cela a lieu dans les autres parties du corps. La vérité est que, si l'inflammation diffuse cellulaire du bassin engendre rarement des abcès, c'est que d'ordinaire le malade succombe avant qu'elle n'ait atteint la période de suppuration.

Mais la fréquence même de cette inflammation cellulaire à l'état aigu permet de présumer qu'il peut se développer une inflammation moins violente et moins rapide, de laquelle résultera un abcès. Les désordres inévitables produits par l'opération, et cette circonstance du passage de l'urine à travers le tissu cellulaire récemment divisé, sont des causes suffisantes pour produire ces deux formes de l'inflammation. Nous sommes étonnés qu'on ait fait jusqu'à ce jour si peu attention aux abcès du bassin; car d'après les faits qui se sont offerts à l'hôpital Saint-Georges, ils nous ont paru assez fréquens pour attirer les regards des observateurs.

Lithotomie recto-vésicale par un nouveau procédé. — Mort trois semaines après l'opération. — Abcès du bassin.

Obs. IV. — Thomas Bickerton, âgé de 25 ans, entra le 4 octobre 1830 dans le service de M. Brodie, avec les symptômes les plus déclarés du calcul vésical. Sa santé était assez bonne, mais il témoignait beaucoup d'irritabilité ou plutôt d'inquiétude.

Il y avait 20 ans qu'il avait ressenti les premières douleurs de la pierre, et enfin 12 à 14 ans qu'on l'avait découverte à l'aide de la sonde. Son père lui administra, pour dissoudre sa pierre, du bicarbonate de potasse, qui procura un soulagement notable durant plusieurs années. Plus tard plusieurs chirurgiens l'examinèrent; tous, à l'exception d'un seul qui avait négligé l'examen par le rectum, refusèrent de le tailler par l'appareil latéralisé, à cause du volume du calcul. Par la même raison, le baron Heurteloup ne voulut pas tenter la lithotritie. Le haut appareil avait été proposé et regardé comme inexécutable, attendu que le volume présumé de la pierre aurait fait obstacle à l'emploi de la sonde à dard (1).

Après de mûres réflexions, M. Brodie se décida à l'opération suivante, qui tient le milieu entre l'appareil latéralisé et la lithotomie rectale, et qui pourra être d'une grande utilité dans d'autres occasions. Elle fut pratiquée le 20 octobre; les intestins ayant été préalablement évacués.

Le cathéter introduit, la section de la peau du périnée fut faite à la manière ordinaire; le couteau porté dans la vessie à la faveur de la cannelure du cathéter, et une partie de la prostate divisée. Alors l'opérateur prit le couteau de Blizard, l'introduisit le long du cathéter dans la vessie, acheva la section de la prostate et d'une partie du col de la vessie, et tournant le tranchant du couteau à droite, étendit l'incision de la prostate de ce côté, de manière à obtenir par une légère division de plus un espace plus considérable. Le cathéter avait été placé sur le côté droit du calcul; à ce moment il fut retiré. L'opérateur s'arma d'un bistouri courbe à pointe mousse, enfermé dans une gaîne à pointe aiguë qu'on pouvait avancer et retirer à volonté. Il porta l'instrument au fond de la plaie, introduisit le doigt indicateur de la main droite dans le rectum, et ayant senti avec ce doigt la pointe mousse du bistouri, il poussa en avant la gaîne, et traversa ainsi la paroi antérieure du rectum, le doigt abritant le reste de l'intestin. Puis il retira la gaîne; le bistouri demeura dans le rectum, son extrémité appuyant sur l'indicateur; on divisa l'intestin de dedans en dehors en retirant ensemble le bistouri et le doigt, comme dans l'opération de la fistule à l'anus. L'ouverture faite au rectum au fond de la plaie n'était point exactement parallèle à la plaie de la vessie; on avait voulu par là obtenir une espèce de valvule qui empêchât les matières intestinales de passer dans la vessie. Le reste de l'incision portait sur la face antérieure et latérale gauche de l'intestin.

La pierre fut aisément extraite. Elle n'avait point le volume qu'on avait présumé; elle était longue, et l'une de ses extrémités étant fichée dans la partie prostatique de l'urètre, on conçoit facilement l'erreur à laquelle conduisait l'examen par le rectum. La plaie eût permis le passage d'un calcul bien plus volumineux. L'opération en elle-même fut simple et s'acheva sans aucune difficulté.

On prescrivit immédiatement une potion anodine. Deux ou trois heures après il survint une hémorragie qui donna la valeur d'une demi-chopine de sang; on l'arrêta en comprimant avec le doigt, durant une demi-heure, l'artère sous-pubienne sur la branche ascendante de l'ischion.

Ce jour et le suivant n'offrirent aucune autre circonstance remarquable. Toutefois, le pouls était fréquent.

Le 22, M. Brodie introduisit le doigt dans la plaie et une sonde dans la vessie. Dans l'après-midi, le malade se plaignit de ne pouvoir uriner qu'avec effort; il avait plus de fièvre. En outre, l'hypogastre offrait quelque sensibilité qui persista les jours suivans.

Le 27, il y eut un mouvement très-prononcé de fièvre. Les fèces et l'urine passant par la plaie, on établit à demeure dans la vessie une sonde élastique pour diriger l'urine dans un urinal. Le soir, le malade ayant extrait en partie la sonde, un chirurgien de l'hôpital la réintroduisit, et le lendemain M. Brodie la remit en situation à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Le malade la retira encore pendant la nuit; on la rétablit derechef et on l'assujétit avec des rubans. La fièvre continuait, et l'urine, mêlée de matières fécales, ne passait par la sonde que quand on pressait sur l'abdomen.

(1) Il est bien remarquable que les chirurgiens anglais à qui Cheselden et Douglas avaient montré la route, soient arrêtés de nos jours dans l'application du haut appareil, par la crainte de ne pouvoir se diriger avec la sonde à dard. On sait que la sonde à dard est à peu près généralement abandonnée en France, et que le cas d'une pierre volumineuse est précisément celui où l'on peut le mieux s'en passer.

(*Note du rédacteur.*)

Le 2 novembre, un abcès fut ouvert à la partie antérieure du scrotum, vers sa racine; il laissa échapper du pus urineux.

Le 5, quelques aphthes apparaissent dans la bouche.

Le 6, le malade a beaucoup transpiré dans la nuit; il a eu un léger frisson; il est plus irritable. On passe le doigt dans la plaie et une sonde de gomme élastique dans la vessie. La sonde est retenue dans la vessie quelque temps; un frisson qui survient oblige à l'enlever.

Le 8, tout a empiré. Douleur vive à la plaie; légère sensibilité à l'hypocondre gauche; douleur obscure dans la poitrine.

Mort le 10, au matin.

Autopsie le 11, à 2 heures après midi.

Maigreur extrême de tout le corps, survenue depuis l'opération.

Thorax. — Adhérences anciennes du poumon droit; adhérences récentes du gauche; dépôts purulens circonscrits dans la substance du poumon; deux autres dépôts sont remarquables en ce qu'ils sont accompagnés d'un état gangréneux du poumon, et limités par une fausse membrane distincte en forme de kyste.

Abdomen et bassin. — Les reins contiennent plusieurs abcès enkystés renfermant une matière noire, probablement par le mélange du sang avec le pus. La vessie contractée, ses parois épaissies, sa muqueuse injectée et colorée en noir. Au côté droit, une petite ouverture conduisant à une sorte de kyste renfermant du pus et creusé dans les parois de l'organe. La prostate était coupée des deux côtés; mais la plaie ne s'étendait point au delà. Le rectum également noirâtre; sa division ne remontait pas plus haut que la portion prostatique de la vessie.

A la partie antérieure du bulbe de l'urètre, un petit abcès gangréneux, s'étendant jusque dans le scrotum. Au côté gauche du bassin, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, un abcès gangréneux, du volume d'un gros œuf, parcouru par des brides cellulaires gangrénées et ne communiquant ni avec la vessie, ni avec la plaie, ni avec le rectum.

A l'autopsie de cet homme, M. Brodie rappela trois cas du même genre qu'il avait eu occasion de voir. Le premier concernait un vieillard opéré de la pierre, par sir Everard Home, dans les circonstances les plus défavorables et dans le seul but de soulager les souffrances du malade. Celui-ci ne tarda pas à succomber. Il offrit un abcès du bassin du même genre. M. Brodie trouva un abcès semblable chez un lieutenant de vaisseau, qu'il avait taillé lui-même et qui jouissait auparavant de la meilleure santé. Enfin, un ecclésiastique, opéré aussi par M. Brodie, mourut avec un abcès du bassin comme les deux précédens. M. Brodie inclinait à penser que ces abcès existaient avant l'opération.

Le reste du mémoire ne consiste plus qu'en trois observations dont il suffira de donner la substance. L'une a pour sujet un vieillard de soixante-trois ans, opéré par M. Keate, à l'aide du gorgeret, et mort le dixième jour. Parmi les altérations de date récente, on trouva la muqueuse bronchique noirâtre et enflammée; les bords de la plaie à peu près gangrénés; un abcès à parois gangrénées qui, commençant à la plaie de la prostate, s'étendait en arrière au côté gauche du fond de la vessie, puis derrière le rectum, occupant une large portion du tissu cellulaire situé entre cet intestin et le sacrum, et allait toucher le côté droit du rectum, sans aller toutefois de ce côté jusqu'à la vessie. Il renfermait du pus mêlé d'urine, ou, pour parler plus exactement, du pus mêlé d'un liquide plus ténu.

Une autre, concernant un enfant de huit ans, et restée inachevée, n'est d'aucune utilité pour le sujet traité dans ce mémoire. Enfin, la troisième contient l'histoire d'un autre opéré de quinze ans, qui a succombé, d'après l'autopsie et les symptômes éprouvés durant la vie, à une péricardite.

Jusqu'à présent nous avons reproduit le texte anglais littéralement ou donné une analyse exacte sans y mêler nos réflexions. Il convient cependant d'ajouter quelque chose au moins à la seconde partie qui traite des abcès du bassin, considérés comme cause de mort après la lithotomie. Il faut bien convenir que l'observation que nous avons rapportée tout au long, parce qu'elle est plus complète que les autres, ne prouve nullement que la mort ait été due à l'abcès du bassin. Il y a eu évidemment chez ce sujet une infection purulente démontrée par cette multitude d'abcès métastatiques, et malheureusement on pourrait accorder une influence déplorable sur la terminaison de la maladie à ces fâcheuses manœuvres du chirurgien, et surtout à cette opiniâtreté à réintroduire la sonde dans la vessie et le doigt dans la plaie.

Les trois faits rapportés par M. Brodie manquent trop de détails pour qu'on puisse en conclure quelque chose, et enfin l'autopsie du vieillard de 63 ans, le seul cas qui se rapporte aux abcès du bassin, est trop incomplète elle-même et laisse douter si des recherches plus exactes n'auraient pas fait découvrir d'autres abcès, comme dans le premier cas.

Il reste seulement une chose assez bien prouvée; c'est que la péritonite est souvent simulée dans les premiers jours de l'opération par l'inflammation diffuse du tissu cellulaire et que cette inflammation est souvent la cause la plus sensible de la mort.

On a vu que M. Brodie rejette les émissions sanguines. Son traitement à lui ne se compose guère que d'excitans, à part les manœuvres dont on a signalé les périls. Sans doute on ne peut juger la pratique d'un chirurgien par des observations choisies à dessein entre les insuccès; mais en attendant sur ce point de nouvelles lumières, il ne nous paraîtrait pas étonnant que les émissions sanguines eussent peu d'influence, combinées avec la méthode de traitement usitée par le chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas.

---

## REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

### JOURNAUX AMÉRICAINS.

Observation d'irritation spinale. — Observation d'ostéosarcôme de la mâchoire inférieure. — Extirpation des testicules et du pénis. — Observation de déchirure et de contusion très-étendue de la main. — Ligature du tronc carotidien à l'occasion d'une tentative de suicide. — Observation de dégénérescence encéphaloïde du genou et de la partie inférieure de la cuisse. — Remarques sur l'euphorbia hypericifolia. — Observation de calcul vésical avec incrustation calculeuse du bas-fond de la vessie. — Histoire de la grippe

qui a régné en 1831 et 1832 dans le comté de Burke (Géorgie). — Observations sur l'application de la médecine physiologique aux maladies de la Louisiane. —Observation d'un empoisonnement par une grande dose d'arsenic. — Effets d'une forte dose de camphre sur l'économie.

La presse médicale américaine est représentée par trois journaux principaux, qui sont : (the American Journal of the medical sciences, the Transylvania Journal of medecine and the associate sciences, et the Boston medical and surgical Journal). La difficulté et la lenteur des communications ayant mis jusqu'à présent quelque retard dans l'envoi de ces deux derniers, nous bornerons notre revue aux deux derniers cahiers que nous avons reçus du (the American Journal), qui ne paraît que tous les trois mois.

## I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

(August 1832.)

Observation d'irritation spinale; par le docteur Durnbull. — Remarques sur l'irritation spinale, considérée dans ses rapports avec les maladies nerveuses; avec des observations par le docteur Parrish.

Il devrait y avoir dans un bon cadre nosologique, à côté des phlegmasies franches et normales de la plupart de nos organes, une série d'affections qui offrent presque tous les symptômes de phlegmasies et sont souvent confondues avec elles, bien qu'elles en diffèrent essentiellement sous le rapport de leur nature, des phénomènes organiques et surtout des indications thérapeutiques. Ces affections, qui ont été spécialement étudiées par les médecins anglais et désignées par eux sous le nom d'irritation spinale, n'ont point encore fixé l'attention des médecins français comme elles le méritent, malgré les soins avec lesquels la Gazette médicale a tenu ses lecteurs au courant des travaux sur ce sujet et quelques recherches particulières publiées dans le même but. Aussi nous allons faire connaître brièvement le fait rapporté par M. Turnbull, de Charleston, et qui nous offre un exemple d'une forme rare de cette affection, et ensuite nous examinerons le travail de M. Parrish.

Le sujet était une marchande de modes, qui éprouvait depuis cinq ans des symptômes anormaux, que les conseils les plus éclairés n'avaient pu faire disparaître; ces symptômes étaient une douleur dans la région hypocondriaque droite, une douleur dans l'épaule droite, des élancemens qui, partant du cou, s'étendaient à la partie postérieure de la tête, et enfin, une toux sèche et violente. Tous ces symptômes offraient une grande intensité, s'aggravaient vers le soir et persistaient toute la nuit, la privant de sommeil jusqu'au matin, où d'ordinaire ils allaient en déclinant.

M. Turnbull crut avoir à traiter une hépatite chronique, et tous les moyens convenables furent employés sans succès. Il pensa que cette affection pouvait être uniquement due à l'origine des nerfs. La pression fut exercée sur les apophyses épineuses de toute la colonne vertébrale et détermina une vive douleur de la seconde à la sixième cervicale, vers la cinquième ou sixième dorsale et vers la première lombaire. Il ne lui resta plus de doutes sur la nature de la maladie, et il prescrivit l'application, trois ou quatre fois par jour, sur la colonne vertébrale, du liniment suivant :

Prenez : Huile d'olive, Essence de térébenthine, } parties égales de chaque.

Le soulagement fut évident; alors la quantité d'essence de térébenthine fut augmentée graduellement jusqu'à quatre fois celle de l'huile d'olive. La malade guérit complètement sous l'influence de ce moyen et de l'application d'un emplâtre de tartre émétique.

Le mémoire du docteur Parrish, qui offre de plus grands développemens et un certain nombre de faits (dix observations), bien qu'il n'ajoute rien aux connaissances déjà acquises antérieurement sur cette singulière affection, contient cependant un assez bon exposé de l'état de la science en ce moment sur ce point important. Mais, comme nous ne trouverions dans ces détails que la répétition de ce qui a déjà été exposé avec soin dans la Gazette médicale, nous nous contenterons d'emprunter à ce travail, qui n'a pas moins de 22 pages, l'historique des recherches faites sur ces sortes d'affections, et dont, nous sommes obligés de le dire, tout l'honneur paraît appartenir aux médecins anglais.

En 1821, le docteur Player publia un petit essai dans lequel il appelait l'attention des médecins sur le rapport qui existe entre les symptômes névralgiques manifestés dans quelques parties du corps, et un état morbide de l'épine. Ce fait pour lui reposait sur l'observation qu'il avait faite pendant plusieurs années que presque constamment on trouve de la sensibilité à la pression sur la colonne vertébrale, sur un point correspondant à l'origine des cordons nerveux affectés. Il avançait en outre que depuis long-temps il traitait ces cas par des applications topiques sur les parties les plus sensibles de la colonne, et que le succès constant de cette pratique l'avait confirmé dans l'opinion que ces cas dépendaient d'une maladie de la moelle épinière.

L'essai du docteur Player fut à peine remarqué jusqu'en 1828. A cette époque, son opinion fut confirmée par celle du docteur Brown, de Glascow, dans un mémoire que ce dernier publia sur « l'Irritation des nerfs de l'épine. »

L'année suivante, le docteur Darwall avança la même opinion dans un essai très instructif qui avait pour titre : (Observations sur quelques formes de l'irritation spinale et cérébrale.)

En 1830 furent publiées les recherches de MM. Griffin, dont M. Parrish paraît n'avoir eu qu'une connaissance très incomplète, puisqu'il les place beaucoup plus tard dans l'échelle historique qu'il ne devrait le faire, et qu'il ne leur attribue qu'une importance très médiocre, tandis qu'en réalité c'est surtout leur publication qui a le plus éveillé l'attention des médecins sur ce point important de la pathologie. En même temps, ou peut-être un peu après, les docteurs Teale et Tate, le premier dans un Traité sur les nevralgies, et le second dans un ouvrage sur l'hystérie, ont présenté des vues analogues.

Tous ces auteurs ont insisté sur le fait qui fait la base de toute cette étude, que, dans un grand nom-

bre de maladies chroniques nerveuses, la pression sur certaines portions de la colonne vertébrale détermine constamment de vives douleurs, et que l'indication thérapeutique la plus importante dans le traitement de ces formes morbides anormales, c'est de faire disparaître cette sensibilité par des applications externes. Mais ils ne nous ont rien appris sur l'état pathologique qui donne lieu à ces phénomènes, ni sur la condition anatomique des organes qui en sont le siége; de même ils ne nous ont point expliqué comment la douleur produite par la pression sur ces parties, qui sont si fortement entourées d'os et de ligamens, peut révéler leur condition. Toutes ces questions restent aussi sans solution dans le travail de M. Parrish.

Le docteur Tate, de Londres, s'appuyant sur une longue expérience, n'a pas craint d'avancer que les symptômes effrayans et anormaux présentés par les femmes hystériques peuvent tous être rattachés à une irritation existant sur un point de la moelle épinière, produite primitivement par l'état de trouble des fonctions utérines. Il a été amené à cette conclusion, parce que constamment la sensibilité à la pression sur la colonne vertébrale est un des principaux caractères de ces affections, et s'y trouve très souvent liée aux trois symptômes suivans, savoir : trouble de la menstruation, douleur sous la mamelle gauche et quelquefois sous la droite, et enfin palpitations. C'est à la réunion de ces quatre symptômes qu'il a proposé de donner uniquement le nom d'hystérie.

Tous ces auteurs, d'accord sur l'existence de la maladie et sur les phénomènes qui la caractérisent, n'offrent plus le même accord lorsqu'il s'agit du traitement à lui opposer. Tous conviennent bien du principe, de l'idée qui doit dominer le traitement; mais tandis que le docteur Teale rapporte qu'il a souvent, par de nombreuses applications de sangsues et de ventouses sur les parties douloureuses à la pression, fait disparaître les symptômes névralgiques, sans avoir besoin d'avoir recours aux moyens révulsifs, le docteur Tate, au contraire, écarte, et les évacuations locales, et l'application des vésicatoires, et conseille uniquement l'action plus énergique et plus long-temps prolongée du tartre émétique.

Extirpation des testicules et du pénis, affectés de cancer, par J.-C. Hall, D.-M.

L'observation qu'on va lire est propre à montrer les avantages qu'on peut espérer de la persévérance dans l'emploi du bistouri pour poursuivre les affections de la nature la plus maligne, et qui tendent à une rapide destruction de la vie.

Obs. — M. S..., en montant à cheval il y a plusieurs années, se blessa le testicule gauche qui, après beaucoup de douleur, finit par diminuer de volume. Dix-huit mois après, ce même testicule devint douloureux et se gonfla beaucoup. Il résista à tous les moyens tentés pour obtenir la résolution, et dérangea considérablement la constitution tout entière, jusqu'à réduire le malade à la dernière extrémité. Quand je le vis, dit l'auteur, en consultation avec les docteurs Dawes et Causin, il avait la figure bouffie, les membres œdématiés; les extrémités inférieures le faisaient beaucoup souffrir par leur distension; la prostration était manifeste; il touchait pour ainsi dire à l'agonie. L'affection du testicule s'était fait jour à travers le scrotum enflammé et presque gangrené, et débordait au dehors en une masse fongueuse énorme, saignant facilement, et laissant échapper une horrible puanteur. Le malade et son chirurgien avaient enlevé beaucoup de ce fongus, qui s'était toujours rapidement reproduit. Comme il n'y avait pas d'alternative entre une mort immédiate et l'opération, on tenta celle-ci dans le seul but de différer un peu plus l'autre. On restaura le malade avec des cordiaux, et on emporta le testicule et toute la portion malade du scrotum. La tumeur, examinée après, paraissait naître bien plus des tuniques du testicule que de la glande elle-même.

Après l'opération, le malade fut près de s'évanouir; néanmoins il se remit. La plaie alla très-bien durant sept à huit semaines, après quoi elle revêtit un aspect cancéreux. Résolus à tout tenter pour arrêter ses progrès, on enleva par une opération nouvelle le testicule restant et une grande partie du scrotum.

La plaie, après quelque temps, reprit encore une fâcheuse apparence; on emporta tout ce qui restait du scrotum, en même temps qu'une partie des tégumens du périnée.

Dans chacune de ces opérations, on avait toujours enlevé tout ce qui était malade, et même un peu des parties saines. Néanmoins les plaies ne guérissaient jamais, et enfin, un an après la première opération, la maladie reparut, s'étendant sur les tégumens du périnée et la partie postérieure et inférieure de la verge; l'urètre était détruit dans l'étendue d'un pouce, et les parties latérales des corps caverneux étaient affectées.

Quoique sans espoir de succès, à l'instante prière du malade, une dernière opération fut décidée. Le couteau fut porté profondément au-dessus du pubis, à travers les tégumens et le tissu adipeux; on divisa le ligament suspenseur et le fascia qui va de la cuisse au pénis. On détacha le pénis de l'arcade pubienne; on disséqua et on enleva séparément ses deux racines le long des branches descendantes du pubis. L'urètre fut divisé à très peu de distance du ligament triangulaire. Enfin, on termina l'opération en portant le bistouri au-delà de tout ce qui parut malade, et en creusant dans le périnée dans une grande étendue. Huit vaisseaux furent coupés et liés; il n'y eut pas d'hémorragie secondaire. Pour panser cette plaie qui était énorme, surtout du côté gauche, on ne trouva aucun topique aussi doux que la crême fraiche. La guérison fut rapide, parfaite, et nous avons l'espoir qu'elle se soutiendra.

Quelque nom qu'on donne à la maladie, cancer ou autre, le fait n'en demeure pas moins comme une leçon utile, et qui doit engager le chirurgien à ne jamais désespérer des efforts de la nature. Nous ajouterons à cette réflexion de M. Hall, qu'elle aurait bien plus de valeur si le succès définitif, qui n'est encore qu'une espérance, se soutenait déjà depuis quelques années. Ces affections de nature fongueuse ou cancéreuse sont si sujettes à récidive, qu'il faut au moins autant de circonspection au chirurgien pour affirmer la guérison, même quand elle est apparente, que pour nier sa possibilité quand le mal est déjà revenu plusieurs fois.

Observation de déchirure et de contusion très-étendue de la main, par William-M. Fanestock, D.-M.

L'auteur débute par des réflexions très justes sur la circonspection avec laquelle on doit se résoudre

à amputer un membre; il rappelle qu'il y a plus de mérite pour un chirurgien à savoir éviter une opération qu'à la faire, même d'une manière brillante. Ce sont ici les résultats qui jugent. On sait d'ailleurs qu'il ne faut pas porter cette crainte des amputations à l'extrême; c'est toujours le grand problème débattu depuis Bilguer jusqu'à nos jours. Le fait cité par M. Fanestock est trop exceptionnel pour jeter un grand jour sur cette question; il mérite d'être rappelé toutefois comme une preuve nouvelle et imposante du pouvoir de la nature.

Obs. — W. M..., âgé de 14 ans, employé dans une manufacture de coton, eut la main droite prise dans une machine, et avant qu'il eût pu la retirer elle était presque entièrement dénudée des chairs, et en quelques points réduite littéralement à son squelette. Ainsi, en certains points, la peau et les muscles étaient complètement arrachés et presque partout ils n'offraient plus que des déchirures. Les secondes et troisièmes phalanges de l'index, du médius et de l'annulaire étaient parfaitement dépouillées; les premières phalanges n'avaient conservé qu'un peu de chair, et la peau du métacarpe jusqu'au poignet, aussi bien que celle du pouce et du petit doigt, en totalité, était hachée et contuse de la manière la plus extraordinaire.

Jamais, peut-être, aucun cas de ce genre n'avait offert si peu de chances de guérison, n'avait réclamé plus impérieusement l'amputation. Mais l'enfant était pauvre, sans amis, sans ressource que son travail; M. Fanestock, après avoir exposé à sa famille les chances à courir, rajusta les tégumens lacérés aussi bien que cela fut possible, ramena les déchirures et les lambeaux de muscles restans, dans leur position naturelle, entoura chaque doigt avec des bandes séparées, fixa la main sur un moule, et maintint les parties dénudées dans un état d'humidité, en les recouvrant de cérat et imbibant constamment l'appareil avec de l'eau-de-vie. En peu de jours des bourgeons charnus commencèrent à s'élever; bientôt des chairs nouvellement formées recouvrirent tous les os dénudés, à l'exception des dernières phalanges des doigts index, médius et annulaire, qui demeurèrent long-temps telles qu'elles étaient immédiatement après l'accident, et enfin, ces phalanges ayant donné naissance elles-mêmes à des bourgeons charnus, après quelques mois d'alternatives entre le doute et l'espérance, la guérison eut lieu et l'enfant retourna à son ouvrage avec une main passable (*tolerably good*).

Nous ne quitterons pas ce fait sans ajouter une réflexion; c'est que dans ce cas, comme dans plusieurs autres du même genre que possède la science, l'auteur, trop préoccupé du merveilleux pouvoir de la nature, a voulu le rendre plus merveilleux encore, en exagérant les désordres auxquels elle a dû remédier; car si réellement les deux dernières phalanges de trois doigts avaient été dépouillées de leurs parties molles, de quelle utilité auraient-elles été après la guérison? Il y a plus, c'est que dès que les articulations n'ont pas été ouvertes; il est de toute logique d'admettre que le tendon extenseur les recouvrait encore. Un peu moins d'enthousiasme, un peu plus de simple anatomie et d'observation impartiale ajouteraient à toutes ces observations, d'ailleurs fort importantes, un degré réel d'utilité qu'elles n'ont pas.

---

## THE AMERICAN JOURNAL.

(November 1832.)

Observation de dégénérescence encéphaloïde (fungus hématode) du genou et de la partie inférieure de la cuisse, traitée par l'amputation; par E. Geddings, professeur d'anatomie à l'Université de Maryland.

Obs. — Henry Alexandre, homme de couleur, âgé de 40 ans, entra à l'infirmerie de Baltimore, le 10 août 1832, pour une tumeur énorme du genou et de la cuisse. Elle avait commencé six ans auparavant par une légère douleur, prise et traitée pour un rhumatisme. Quelque temps après une tumeur, du volume d'un œuf, s'était développée au voisinage de la rotule; elle avait crû depuis de façon à avoir, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, 26 pouces de circonférence, 9 pouces de diamètre transverse, 8 pouces et demi de diamètre antéro-postérieur, et 15 pouces de hauteur. La peau qui la recouvrait était parfaitement polie, parsemée de légères saillies formées par de nombreuses veines dilatées, sans ulcérations ni fissures à l'exception d'une ouverture pratiquée antérieurement pour donner issue à du pus, et qui n'avait laissé échapper qu'une demi-chopine de sang. De cette ouverture s'élevait une excroissance du volume d'une muscade, laissant échapper une telle quantité de fluide sanieux qu'il fallait renouveler l'appareil plusieurs fois par jour. La tumeur était élastique au toucher et donnait une sensation de fluctuation. Il n'y avait pas plus de deux semaines que le malade pouvait encore se promener sans douleur; et de fait, le mouvement faisait cesser la douleur, qui revenait dès que la jambe restait immobile. Vers le soir, la tumeur devenait chaude et faisait ressentir des douleurs lancinantes qui, le matin, étaient remplacées par un sentiment de pesanteur et d'engourdissement du membre. Le pouls était, le jour, à 112; la douleur le faisait monter la nuit à 120. Ajoutez que déjà les ganglions de l'anus et même ceux de la région iliaque étaient engorgés, et formaient une espèce de chapelet irrégulier.

Le 13 août, M. Geddings amputa la cuisse à lambeaux, à trois pouces au-dessous du grand trochanter. Le 15 septembre, le moignon était complètement cicatrisé et le malade guéri.

Dissection de la tumeur.—Une incision longitudinale ayant mis à nu le centre de la tumeur, on trouva que toutes les parties molles étaient complètement converties en une masse unique de substance encéphaloïde; muscles, tendons, aponévroses, tout avait disparu. La rotule était le seul os qui eût beaucoup souffert; presque tout son tissu était entièrement détruit. Les condyles du fémur et l'intérieur de l'articulation étaient demeurés intacts.

La masse encéphaloïde était arrangée en lobules irréguliers, entourés chacun d'une enveloppe cellulaire largement pourvue de vaisseaux qui ne s'étendaient pas au-delà de cette enveloppe. En quelques points, la matière offrait la couleur de la crême et l'aspect et la consistance du cerveau; ailleurs, c'était une légère teinte d'œillet; plus loin une couleur noirâtre, rouge sale, même écarlate. La consistance variait depuis celle du cerveau induré jusqu'à la différence du cerveau putréfié. Les vaisseaux étaient très développés dans le voisinage, et quel-

ques-uns d'entre eux s'étant rompus, avaient donné lieu à des extravasations de sang dans l'intérieur de la tumeur.

Le professeur Geddings ne présente point ce cas comme nouveau, mais comme un exemple du pouvoir de l'art dans un cas désespéré sans l'amputation, et où l'amputation même offrait des chances douteuses. Il convient d'ailleurs qu'il s'est écoulé trop peu de temps depuis l'opération pour qu'on puisse décider que la guérison sera définitive.

### Remarques sur l'euphorbia hypericifolia, par le docteur Zollickoffer.

L'euphorbia hypericifolia est une plante annuelle qui s'élève à la hauteur d'un pied. La tige est glâbre et offre de nombreux rameaux dichotômes. Les feuilles sont opposées et oblongues, un peu falciformes, et ont des dentelures profondes ; elles sont souvent couvertes de taches rouges Les fleurs, qui paraissent en août et en septembre, sont blanches et en quantité considérable, placées à l'extrémité des petites branches ; elle croît dans les terrains riches et on la trouve dans les jardins et autres lieux remarquables par leur fertilité.

L'auteur de cette notice, qui depuis plusieurs années s'occupait de recherches sur les propriétés thérapeutiques de cette espèce d'euphorbe, peu content des résultats que lui avaient fournis quelques expériences sur l'examen chimique de cette plante, après en avoir réduit une certaine quantité en poudre, en traita différentes portions par l'éther sulfurique et l'alcool. La solution éthérée précipitait par l'alcool, et la préparation alcoolique prenait une teinte opaline par l'addition d'une certaine quantité d'eau. Les deux solutions fournissaient par l'évaporation un résidu qui brûlait avec une grande vivacité et fournissait une flamme semblable à celle qui résulte de la combustion de l'esprit-de-vin. L'infusion et la décoction, préparées avec l'eau distillée, produisaient, par l'addition de la gélatine, un précipité abondant, et prenaient une couleur bleue foncée par le sulfate de fer. Il conclut de ces différens résultats que la composition chimique de cette plante contient du caoutchouc, de la résine, du tannin et de l'acide gallique.

Cette substance végétale produit sur les organes du goût une impression différente de toutes les autres espèces appartenant au genre euphorbia jusqu'ici connues. Son goût est douçeâtre, et est bientôt remplacé par une sensation d'âcreté que l'on ne peut plus oublier lorsqu'une fois on l'a éprouvée.

Elle paraît aussi différer considérablement, dans son action thérapeutique, des autres plantes qui appartiennent à la même famille, et que l'on considère généralement comme douées toutes de propriétés irritantes.

Parmi les maladies dans lesquelles M. Zollickoffer a retiré un grand avantage de l'emploi de cette substance; il met en première ligne la dyssenterie. Dans cette affection, lorsque les symptômes dyssenteriques continuent après que la diatèse inflammatoire a été combattue par les moyens appropriés, il a employé l'euphorbia avec plus de succès que les astringens ordinaires combinés aux narcotiques. Sous l'influence de cette médication, les évacuations ont été bientôt modifiées de la manière la plus avantageuse, et le plus souvent tous les symptômes graves ont disparu dans l'espace de 48 heures. Mais, persuadé que ce moyen serait nuisible dans la première période de la dyssenterie, M. Zollickoffer a borné ses essais à la deuxième période.

L'euphorbia parait avoir eu encore, entre les mains du même praticien, une grande efficacité dans le traitement de la diarrhée, maladie qu'il dit être extrêmement fréquente dans toutes les parties de l'Union, mais qu'il ne caractérise pas assez pour que l'on puisse connaître la forme qu'il veut indiquer. Avant d'administrer l'euphorbia, il prescrivait toujours une forte dose de calomel ou d'huile de ricin. Quand la diarrhée durait depuis très long-temps et semblait dépendre plutôt de l'état de faiblesse des intestins que de toute autre cause, son efficacité était plus assurée.

Dans la ménorragie, résultant d'un état atonique de l'utérus, l'euphorbia a encore eu de grands succès, de sorte que ce moyen agit non-seulement comme astringent, mais aussi comme tonique.

Sur douze cas de leucorrhée où l'euphorbia a été employé, dix ont guéri dans l'espace de vingt à vingt-cinq jours; les deux autres n'éprouvèrent de soulagement que de fortes évacuations et se liaient à un état de pléthore et de constipation habituelle où le premier moyen était évidemment contre-indiqué.

C'est surtout sous forme d'infusion que le docteur Zollickoffer a employé l'euphorbia, à la dose d'une demi-once pour une pinte d'eau. Dans la dyssenterie il en fait prendre une cuillerée d'heure en heure, jusqu'à ce que les symptômes aient commencé à perdre de leur intensité, et ensuite moins fréquemment. Dans les cas de diarrhée, il en prescrit la même quantité, à prendre après chaque évacuation. La dose, dans les cas de ménorragie et de flueurs blanches, est d'un verre ordinaire le matin, à midi et le soir.

### Observation de calcul vésical avec incrustation calculeuse du bas-fond de la vessie, guéri par l'opération; par Amasa-Trowbridge, D.-M. à Watertown.

M. Rider, charpentier, âgé de 30 ans, commença il y a quatre ans, à ressentir des douleurs dans la vessie; elles ne firent que s'accroître, et dans la dernière année surtout il n'urinait qu'avec de vives douleurs et était obligé de recommencer à de très-courts intervalles et jusqu'à 8 ou 10 fois par nuit. Une suppression presque complète d'urine ayant déterminé le malade à se faire sonder, le docteur Smith rencontra distinctement une pierre ; le docteur Trowbridge, consulté quelques jours après, constata qu'elle était d'un assez fort volume. L'opération fut adoptée et pratiquée le 22 juillet 1831, en présence de quatre autres docteurs.

La vessie ouverte à l'aide du gorgeret de Physick, on saisit la pierre avec les tenettes ; mais on ne put l'amener au dehors. Le doigt introduit reconnut que le calcul était sphérique et trop gros en effet pour passer par la plaie sans danger pour le malade ; on le brisa donc en morceaux, qu'on retira successivement avec les tenettes et avec la curette. Cependant cet instrument rencontrait une surface pierreuse, près du fond de la vessie, qu'il ne pouvait parvenir à attirer en bas, et chaque tentative renouvelée dans ce but causait une grande douleur au malade. L'opérateur introduisit le doigt de nouveau, et fut fort surpris de trouver la muqueuse vésicale près du bas-fond tapissée par une incrustation calcu-

leuse fort épaisse et fort dure, qui cependant se brisa assez aisément sous la pression du doigt. La portion supérieure de la vessie était également tapissée d'une couche mince de matière calculeuse, étendue à la surface de la muqueuse et adhérant fortement à cette membrane. Comme les tentatives pour nettoyer la partie supérieure de la vessie avaient été fort douloureuses et que l'opération durait depuis 40 minutes, on ne poussa pas les recherches jusqu'au bout, et le malade fut reporté dans son lit. On prescrivit 60 gouttes de laudanum.

Les jours suivans se passèrent assez bien; quelques menus fragmens de pierre passèrent par la plaie. Le 25, l'urine étant sortie mêlée d'une matière fétide, on introduisit par la plaie un stylet d'argent, à l'aide duquel on sentit une grande quantité de matière pierreuse vers le bas-fond de la vessie, et quelques fragmens détachés vers le col. Le stylet revint d'ailleurs coloré en noir. On courba l'extrémité du stylet en forme de crochet et on parvint, non sans de vives douleurs, à extraire plusieurs de ces fragmens; puis on introduisit une sonde de femme, qui servit à faire des injections dans la vessie. Trois jours après, on renouvela les tentatives, et on parvint encore à extraire quelques fragmens.

Le 29, on se servit d'une curette d'argent, qu'on porta jusqu'à la partie supérieure de la vessie; en la retirant, on trouva sa cavité remplie de calculs et d'une substance membraneuse morbide. Depuis lors, on réitéra les injections et l'introduction de la curette deux ou trois fois tous les jours jusqu'au 6 août, retirant chaque jour plus ou moins de matière calculeuse. Ce jour-là, il se détacha un fragment d'une telle grosseur qu'il ne put traverser le col de la vessie. On retira la curette, et le jour suivant on brisa ce fragment avec les tenettes et on en fit l'extraction par parties. Les douleurs produites par ces manœuvres étaient combattues par le laudanum, les fomentations, les poudres de calomel et d'opium.

Le 8 août, extraction de plusieurs autres fragmens; le malade est découragé; il dit que sa vessie est une carrière de gravier. Le chirurgien lui rend l'espoir; l'état de la vessie paraît en effet avoir subi un grand changement et l'on sent la contraction de l'organe sur les instrumens. Le 9, on achève d'extraire tous les fragmens; le stylet introduit n'en rencontre plus. Le 10, aucun fragment n'a passé par la plaie; on sonde la vessie sans y rien trouver; le malade est plein de joie et dit qu'il sent agir sa vessie comme il y a quatre ans. Le lendemain l'urine passa par la vessie, et la guérison ne tarda pas à se compléter. Le 20 octobre, M. Trowbridge le revit; il avait fait la veille trente milles à cheval et se trouvait parfaitement bien.

La totalité des calculs extraits était du poids de cinq onces, savoir, trois onces le jour de l'opération, et deux onces par les extractions consécutives. Ils étaient entièrement formés de phosphate de chaux; les fragmens qui adhéraient au bas-fond de la vessie avaient un huitième de pouce d'épaisseur.

M. Trowbridge remarque que les symptômes les plus saillans de la pierre, tels que la suppression totale de l'urine, l'urine mêlée de sang, l'extrême douleur après l'émission, ne se sont montrés dans ce cas que dans les dernières semaines qui ont précédé l'opération. Il croit que l'incrustation du bas-fond de la vessie a été déterminée la première par un état morbide de la muqueuse en cet endroit, et que le calcul qui existait séparément n'a été formé qu'après. Il attribue d'ailleurs son succès dans un cas aussi grave à l'étendue de l'incision des parties molles et à l'emploi de la curette recourbée, instrument qu'on ne saurait trop louer, pour ramasser et extraire les fragmens de pierre ou les petits calculs laissés dans la vessie.

Observations sur l'application de la médecine physiologique aux maladies de la Louisiane; par le docteur Barton.

Les erreurs doivent, aussi bien que les vérités, lorsqu'elles sont lancées par une main puissante, parcourir le monde, et tandis que, dans un pays, certaines idées, après y avoir été en honneur, sont complètement abandonnées, elles en envahissent d'autres où elles éprouveront aussi les mêmes succès et les mêmes décadences. C'est l'histoire de toutes les idées qui ont dominé le monde, et en particulier de la médecine physiologique. Combien trouverait-on d'hommes vraiment éclairés et de bonne foi en France qui admettent encore le système exclusif de cette doctrine? Il est abandonné même de ses plus ardens défenseurs; mais pendant qu'en France il a cessé d'occuper l'attention générale, il est curieux de suivre ses progrès dans les pays étrangers, où il doit aussi avoir une existence, quoique moins longue et moins brillante qu'en France. Ainsi, il y a dix ans, à l'époque où il était admis presque généralement en France, il n'avait pu encore faire un seul pas en Angleterre; mais depuis cette époque, il s'y est introduit, et nous en trouvons assez souvent des traces dans les recueils périodiques de médecine et même dans quelques ouvrages spéciaux qui nous viennent de ce pays. Cependant l'engouement pour la médecine physiologique n'y a jamais été général, et si nous ne nous trompons, déjà il touche à son déclin dans ce pays, où cependant les idées passent avec une succession moins rapide que chez nous. Le travail qui nous inspire ces réflexions nous prouve que l'existence de la médecine physiologique n'est point encore arrivée à son terme; l'auteur propose de l'appliquer au traitement des maladies des contrées du sud, et il cite dix cas dans lesquels la méthode qui en découle a été suivie de succès. Nous n'entrerons point dans la discussion de ces observations, qui ne représentent que l'histoire de dix malades, et non celle de la totalité des malades de la Louisiane; on ne pourrait rien conclure de ces dix faits en faveur de la doctrine physiologique, à moins qu'on ne lui attribue l'invention du traitement antiphlogistique dans les phlegmasies, et que l'on ne recule bien loin les bornes de l'analogie. Nous notons uniquement ce travail pour ses rapports avec l'histoire philosophique de la science, et non pour blâmer ou approuver le traitement employé par M. Barton, bien persuadés que les différences de temps et de lieux apportent dans les maladies de l'homme des modifications importantes qu'il faut connaître pour en tenir compte, et que l'étroite philosophie du système de l'irritation avait complètement mises de côté.

Observation d'un empoisonnement par une grande quantité d'arsenic, suivi de guérison.

Le fait suivant est rapporté par le docteur Perrine, qui l'a observé sur lui-même. Il était convalescent d'une dyssenterie: il mit par méprise, dans un verre

d'eau qui contenait soixante-quatre grains d'arsenic en dissolution, de la poudre de quinquina, but le tout et monta aussitôt à cheval pour aller visiter un malade à six ou sept milles. Sur la route il éprouva des malaises, des nausées qui augmentèrent beaucoup à son retour; il chercha inutilement à dormir, et passa quatre heures dans une très-violente agitation dont il ignorait la cause, quand l'élève, qui avait mis l'arsenic dans le verre, arriva et lui apprit qu'il devait avoir pris de cinquante-quatre à soixante grains d'arsenic; malgré cette affreuse nouvelle il ne se laissa point abattre; le pouls offrait une grande force; quarante onces de sang furent tirées, et huit heures après, 30 onces encore; l'estomac fut rempli de lait et de boissons mucilagineuses que l'on évacuait ensuite par le sulfate de cuivre; des purgatifs furent pris, mais ne purent être supportés par l'estomac. Cependant il parvint à faire passer le calomel et n'en prit pas moins de deux cent dix grains en quarante heures, et dont l'action fut encore aidée de nombreux lavemens. Les vésicatoires, les rubéfians, les bains tièdes n'empêchèrent point les symptômes d'augmenter d'intensité. Les extrémités étaient froides, la respiration extrêmement difficile, la mort semblait imminente. Cependant le malade s'étant endormi dans un bain, il resta longtemps dans un sommeil profond et en sortit dans un état qui ne laissait plus d'inquiétude; les garderobes examinées par les moyens chimiques ne fournirent aucune trace d'arsenic.

Parmi quelques autres observations qui offrent peu d'intérêt, nous distinguons surtout la suivante, rapportée par le docteur Eichhorn, et recueillie sur lui-même.

Effets d'une forte dose de camphre sur l'économie.

Éprouvant un soir une pesanteur de tête et une forte toux, je pris un fragment de camphre du volume du pouce et le triturai avec du sucre, dans l'intention d'en prendre une petite quantité, mais par distraction j'en pris la presque totalité; lorsque je m'en aperçus je me crus empoisonné, mais n'éprouvant aucun effet fâcheux, je résolus d'attendre que l'apparition des symptômes m'indiquât la nécessité d'agir. Je me couchai et plaçai près de moi du laudanum et de l'acide sulfurique étendu. Une demi-heure ne s'était pas écoulée que je sentis une chaleur de plus en plus vive, les battemens du cœur prirent tant de fréquence qu'il était impossible de les compter; cependant je ne souffrais point de la tête; jamais je ne m'étais senti aussi bien; jamais mes idées ne m'avaient semblé plus faciles et plus claires; mes facultés intellectuelles avaient évidemment acquis une nouvelle force. Je passai une heure et demie dans cet état quand ma peau commença à s'humecter; le pouls se ralentit et je m'endormis. Le lendemain en m'éveillant j'étais horriblement faible et mon lit était entièrement trempé de sueur. Les symptômes du rhume reprirent leur première intensité. La quantité de camphre que j'avais prise n'était pas moindre de deux gros.

---

LA LANCETTE FRANÇAISE,

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

MAI 1833.

LANCETTE DU 2.

## CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

*Tissu érectile pur, tumeur développée au côté gauche et à la face interne de la lèvre inférieure; extirpation; guérison.*

Le tissu érectile, dont les auteurs anciens ne parlent pas, a été bien décrit dans ces derniers temps par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

On sait, dit M. Dupuytren, que ce tissu a pour caractères principaux une grande susceptibilité d'augmentation de volume, d'érection par l'effet d'un stimulus, et d'affaissement par la soustraction de ce stimulus. On n'ignore plus qu'il est formé par une membrane fibreuse, de la face interne, de laquelle partent une multitude de prolongemens qui s'entre-croisent en tous sens et soutiennent les vaisseaux artériels et veineux, qui y sont divisés à l'infini.

Ce tissu se rencontre assez souvent dans les lèvres; leur structure spongieuse, vasculaire et jusqu'à un certain point *érectile*, les rend propres au développement de ce genre de tumeurs.

M. Dupuytren dit en avoir vu sur toutes les parties du corps, principalement au cuir chevelu, à l'oreille, à la joue.

Les tumeurs qu'il forme sont rarement accidentelles; elles surviennent sans cause connue; le plus souvent, et comme dans le cas actuel, elles sont congénitales.

Elles restent quelquefois stationnaires, et ne font éprouver ni douleur, ni gêne. Elles se manifestent ordinairement sous la forme de tumeurs, tantôt affaissées, tantôt saillantes, *rouges*, *chaudes*, *tendues*, et font ressentir au toucher des mouvemens isochrones à ceux du ventricule gauche du cœur.

Elles sont inégales à leur surface, se réduisent à un très petit volume par la pression. Elles perdent aussi, en les comprimant, leur couleur *rouge*, et passent au *blanc*. (Caractère propre aux érysipèles.)

Ce changement de couleur résulte évidemment de la retraite du sang, car à peine la compression est-elle levée, qu'elles reprennent leur couleur vive, et de *ridées* qu'elles étaient, elles se tendent et offrent de nouveau au toucher des mouvemens d'expansion et de retrait.

Si on comprime les vaisseaux qui leur fournissent du sang, on s'aperçoit aussitôt que ces mouvemens disparaissent.

L'observation a prouvé qu'elles ne sont pas susceptibles de dégénérer; cependant comme elles sont souvent incommodes par le siège qu'elles occupent, qu'elles se trouvent comprimées ordinairement par les dents, que la mastication en est gênée, que des douleurs vives ne tardent pas à se faire sentir lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes, et qu'alors la peau s'amincit, se gangrène, que des hémorrhagies se déclarent et épuisent les malades, on se décide presque toujours à les enlever.

C'est le moyen qui a été employé par M. Dupuytren pour délivrer un malade couché au n° 57 de la salle Sainte-Marthe. Ce jeune homme, à peine âgé de 17 ans, d'une constitution bien développée, portait une tumeur de cette nature dans la portion gauche de la lèvre inférieure. Elle offrait le volume d'une grosse noisette, faisait éprouver des battemens et avait tous les caractères des tissus érectiles.

Le chirurgien, après l'avoir disséquée avec soin et séparée des parties environnantes à l'aide du bistouri, en a sapé la base avec des ciseaux courbes sur leur plat, et il a suffi de quelques secondes pour l'enlever.

Examinée avec attention, on a trouvé que son tissu était absolument semblable à celui des corps caverneux; de la membrane qui circonscrivait la tumeur partaient des prolongemens innombrables, formant des espèces de cellules dans lesquelles on eût cru d'abord que le sang était contenu; mais si on eût injecté avec soin, dit le professeur, on eût vu un lascis vasculaire inextricable sans aucune espèce d'épanchement.

Si ont eût poussé l'injection par les *veines*, elle ne serait point parvenue jusqu'à la tumeur, tandis que si on l'eût poussé dans les *artères*, la tumeur eût été remplie par le liquide, qui serait revenu par les veines.

Le malade opéré n'a éprouvé aucun accident, aucune hémorrhagie; et à supposer qu'il en soit survenu, on aurait pu se servir de l'arcade dentaire comme point d'appui, et par conséquent employer la compression; on aurait pû aussi employer le cautère actuel, mais on n'a pas eu besoin d'avoir recours à

aucun de ces moyens, un pansement simple a suffi, et le malade est sorti le 20 avril, quelques jours après son entrée à l'hôpital, parfaitement guéri.

Un enfant, âgé seulement de quelques mois, a été présenté le même jour à la consultation; il était affecté d'une petite tumeur de même nature, développée aussi à la face; le professeur n'a pas jugé prudent de l'opérer, parce que souvent cette légère opération est suivie d'un écoulement de sang qui peut devenir nuisible à un âge aussi tendre. Les parens devront donc ramener leur enfant à une époque où il aura plus de force de résisiance, dans quelques mois; l'opération alors présentera plus de chances favorables.

## HOTEL-DIEU.

### Service de M. Sanson aîné.

*Plaie par arrachement; amputation par la méthode à lambeaux; guérison.*

Jean Luzardi, ancien militaire, âgé de 40 ans, d'une bonne constitution, est employé dans une manufacture de chocolat à diriger une machine à vapeur.

Le 8 décembre dernier, étant occupé à chercher un fuyant de la chaudière, il eut les doigts saisis dans une des engrenures de la machine. Malgré des efforts énergiques, la main droite, le poignet et l'avant-bras furent entraînés avant qu'il pût se dégager.

Aussitôt on constata une large plaie contuse et déchirée, avec déformation du poignet et saillie des os à travers les lambeaux de chair. Après avoir reçu du secours sur le lieu même, il fut transporté à l'Hôtel-Dieu, et couché à la salle Sainte-Jeanne. On se borna, pour le moment, à appliquer un bandage compressif arrosé d'eau froide, afin d'arrêter l'hémorrhagie et attendre l'arrivée de M. Sanson.

A la levée de ce premier appareil, le membre fut trouvé dans l'état suivant:

Gonflement considérable de l'avant-bras, larges ecchymoses noirâtres s'étendant du bras vers l'épaule; la main, pendante et déjetée en dehors, ne tient plus que par quelques portions fibreuses. Le poignet est presque effacé par la désorganisation des ligamens qui unissent les os du carpe entre eux. Les os du métacarpe ont également perdu leurs rapports, et offrent plusieurs fractures; la peau qui recouvre ces parties est en partie détruite; le sang s'écoule en nappe et d'une manière continue; du reste le malade est calme et résigné.

La nécessité de l'amputation n'était pas douteuse; elle fut proposée et acceptée sur-le-champ. Il ne restait qu'à déterminer le choix du procédé opératoire.

La tuméfaction existante fit penser à M. Sanson que les muscles gonflés, bridés par l'aponévrose antibrachiale, se rétracteraient difficilement en employant la méthode qui consiste à inciser circulairement.

La méthode à lambeaux lui parut préférable, parce qu'elle a l'avantage de favoriser l'expansion des chairs en divisant largement l'enveloppe fibreuse. Il tailla deux lambeaux, l'un antérieur, et l'autre postérieur, vers la réunion des deux tiers supérieurs de l'avant-bras avec le tiers inférieur. Comme on l'avait prévu, les muscles, fortement gorgés de sang, se rétractèrent peu. On fut même obligé de retrancher avec les ciseaux quelques tendons qui dépassaient de beaucoup la peau. On lia six vaisseaux. L'opération, supportée courageusement, se termina assez promptement.

On laissa écouler un intervalle d'une heure et demie avant de procéder au pansement, afin de combattre plus facilement les accidens hémorrhagiques qui pouvaient survenir.

En effet, trois nouvelles ligatures durent être appliquées. La plaie fut réunie par première intention à l'aide de bandelettes agglutinatives. Le bras fut couvert de compresses imbibées d'eau froide sur le moignon.

*Tilleul orangé, 2 pots; diète absolue.*

*Premier jour.* La journée et la nuit se passent sans accidens remarquables. Le malade a goûté plusieurs heures de repos.

*Deuxième jour.* Il s'occupe peu des douleurs. L'état du pouls et de la langue est satisfaisant.

*Même prescription.*

*Troisième jour.* Même état. *Même prescription.*

*Quatrième jour.* Il se plaint de douleurs assez vives qu'il reporte au petit doigt et au pouce. Il a éprouvé dans la nuit des soubresauts dans le membre, qui ont interrompu son sommeil.

L'appareil est renouvelé sans toucher aux bandelettes; la suppuration s'est déjà établie; le gonflement de l'avant-bras est sensiblement diminué. La langue est bonne; le pouls est plein, mais peu fréquent. L'appétit commence à se faire sentir.

*Diète continuée; tilleul orangé.*

*Le sixième jour.* Nouveau pansement.

*Même prescription.*

*Le septième jour*, on accorde un bouillon, et *le huitième* le malade voit beaucoup de monde dans la journée. Mouvement fébrile. Le soir agitation. Dans la nuit plusieurs selles liquides accompagnées de coliques.

*Lavement amidoné, eau de gomme, sirop diacode : once; diète.*

*Le dixième jour*, les accidens n'ayant pas eu de suite, le malade demande à manger, on lui accorde une crême de riz.

*Le douzième jour*, il a passé une nuit agitée; le pouls est fréquent; la langue pâle; douleurs à l'épigastre; nausées.

La figure exprime l'anxiété et l'abattement; appétit nul; la plaie est trouvée en bon état; le malade attribue ce changement survenu dans sa position à la contrariété qu'il a éprouvée d'être privé de la visite de sa femme. On lui fait obtenir une permission de la faire entrer tous les jours.

*Diète, tisane de centaurée, sirop diacode, 1 once pour le soir.*

*Le treizième jour*, les accidens ont beaucoup diminué depuis qu'il a vu sa femme. *Même prescription.*

*Le quatorzième jour*, renouvellement complet de l'appareil. Trois ligatures tombent. L'avant-bras est presque revenu à son volume ordinaire, l'état général est satisfaisant.

*Potage. Puis on accorde progressivement des alimens solides. Tisane d'orge.*

Les pansemens sont continués les jours suivans, on réprime les chairs avec le nitrate d'argent. Les ligatures tombent successivement.

*Le dix-huitième jour*, le malade se lève; il ne reste plus qu'une ligature qui paraît embrasser une portion de tissu fibreux. Elle résiste à des tractions assez fortes.

Enfin, *le vingtième jour* elle se rompt sous l'effort de nouvelles tractions. La cicatrisation est fort avancée. On augmente les alimens.

*Le vingt-troisième jour*, le malade sort conservant une plaie de la largeur d'un franc qui correspond à l'axe du membre. Il vient pendant plusieurs jours se faire panser dans la salle, on touche chaque fois, avec le nitrate d'argent, la petite plaie qui diminue progressivement. Cinq semaines après l'amputation, la cicatrice est à peu près complète, il reste encore vers l'extrémité interne du cubitus un petit point fistuleux entretenu par la ligature enfermée dans la plaie. Le moignon encore sensible, exécute néanmoins très facilement les mouvemens de flexion et d'extension.

F. C..

## HOPITAL DE LA PITIÉ.

### Conférences cliniques de M. Louis.

(Deuxième article.)

*Rougeole.*

Le nombre des malades atteints de rougeole a été de onze. Ils étaient tous bien portans au moment de l'invasion, à l'exception de deux, qui accusèrent une toux, qu'ils faisaient remonter à une époque plus ou moins éloignée du début. L'exploration du thorax fit reconnaître chez ces deux malades l'existence de tubercules pulmonaires.

Les onze individus étaient âgés de 15 à 22 ans. Au début, céphalalgie, mouvement fébrile, toux, éternuement, larmoiement. Ces prodrômes durèrent de 3 à 8 jours, au bout desquels apparut l'éruption de la peau. La durée de la période d'invasion, observée chez ces onze malades, se trouve confirmée par l'analyse de vingt-cinq autres faits recueillis par M. Louis, soit à l'hôpital de la Charité, soit à l'hôpital de la Pitié, pendant l'intervalle de ses conférences. Elle a été également chez ces derniers de 3 à 8 jours, ce qui prouve évidemment que les inductions que l'on tire des faits bien observés, méritent une certaine importance, quoique le nombre de ces faits ne soit pas très-considérable.

Ce que nous disons ici du résultat de l'analyse des faits relatifs à la rougeole, pourra s'appliquer à plusieurs maladies que nous allons successivement examiner.

La plupart des malades atteints de rougeole ont eu des douleurs de gorge. Ce symptôme s'est manifesté du premier au sixième jour. La toux était tantôt sèche, tantôt suivie d'une expectoration muqueuse; elle a, dans un certain nombre de cas, débuté avec la rougeole, l'a accompagnée, et a persisté après la disparition de l'exanthème. Jamais cette toux n'a paru avoir de l'influence sur le développement des tubercules pulmonaires. M. Louis a vu des individus toussant encore une année après la disparition de cet exanthème, sans que la percussion et l'auscultation indiquassent l'existence de tubercules. C'est à tort, selon lui, que les auteurs ont considéré la rougeole comme une cause de phthisie pulmonaire. L'altération de la voix avec douleur au larynx s'est montrée assez fréquemment.

Les phénomènes secondaires observés par M. Louis dans cette affection, sont la diarrhée, un enduit pultacé de la langue, des épistaxis et une éruption de purpura. Ces symptômes se sont montrés du sixième au dixième jour.

En résumé, l'inflammation des muqueuses nasale, laryngique et bronchique, a été observée dans tous les cas de rougeole, et ce n'est que dans la moitié des cas qu'elle a marqué le début de l'affection. Il y a donc encore ici, comme dans la variole, un mouvement fébrile qu'il était impossible de rattacher à une lésion organique appréciable.

*Érysipèle de la face.*

Douze malades, affectés d'érysipèle de la face, jouissaient d'une santé plus ou moins parfaite au momoment de l'invasion. Chez tous la maladie s'est terminée par le retour à la santé. L'érysipèle a constamment débuté par un mouvement fébrile qui a été suivi ou accompagné de douleur dans un point circonscrit de la face. La partie de la peau qui était le siége de l'inflammation, offrait une coloration vive, une chaleur très-marquée; elle était en outre dure et épaisse. Dans aucun cas, il n'est survenu de nausées ni de vomissemens. Le délire a été observé dans trois cas. La maladie s'est terminée du sixième au vingt-sixième jour. Les prodrômes, lorsqu'ils ont existé, ont duré de 10 à 80 heures; ils étaient caractérisés par un mouvement fébrile intense, avec céphalalgie, douleurs contusives dans les membres, diminution de l'appétit, augmentation de la soif. Aucune lésion appréciable n'a pu, dans ce cas comme dans la variole et la rougeole, rendre raison de la fièvre. La douleur a été nulle dans un cas relatif à un malade couché au n° 4 de la salle Saint-Paul. Cet homme se lève, se rend à son atelier, où ses camarades lui font remarquer la tuméfaction et la rougeur de la joue gauche, qui était le siége d'un érysipèle. La complication bilieuse ne s'est montrée qu'une seule fois.

*Siége.* La phlegmasie s'est montrée primitivement sur le nez six fois, sur la joue quatre fois, sur les paupières deux fois. Chez trente-deux autres malades observés par M. Louis, la maladie avait débuté dix-sept fois par le nez, quinze fois par les joues. La joue droite est plus souvent affectée que la joue gauche. Le mouvement fébrile n'a pas toujours été en rapport avec les symptômes locaux. Il était fort intense dans des cas où la phlegmasie occupait une portion très circonscrite de la face, faible dans des cas où l'érysipèle avait un siége beaucoup plus vaste. Six fois la maladie a envahi le cuir chevelu, et le délire ne s'est manifesté que dans trois de ces cas.

*Durée.* Lorsque l'érysipèle ne fut combattu par aucune médication active, sa durée moyenne fut de huit jours. Lorsqu'au contraire la saignée du bras fut pratiquée, la durée fut, terme moyen, de sept jours un quart. Il est donc prouvé par les faits que la saignée abrège la durée de l'érysipèle, mais elle ne le *jugule* pas.

*Pronostic.* Dans tous les cas observés par M. Louis, la maladie a eu une terminaison heureuse. Les auteurs qui ont cité des cas d'érysipèle terminé par la mort, n'ont pas tenu compte de l'état antécédent de leurs malades. M. Louis a vu aussi des malades succomber à des maladies diverses pendant la cure d'un érysipèle; mais lorsqu'au moment de l'invasion de cet exanthème, les malades étaient bien portans, cette affection a toujours eu une issue heureuse.

Quelques malades ont présenté des phénomènes secondaires; c'étaient des épistaxis, un *herpes labialis* et la diarrhée.

Lorsque les malades ont succombé à une affection interne pendant le cours d'un érysipèle, M. Louis a

trouvé la peau, qui était le siége de la phlegmasie, dure, épaisse et friable.

*En résumé*, cinq fois sur douze, prodrômes qui ont duré de 10 à 80 heures; dans un seul cas, complication bilieuse; marche de l'érysipèle progressive, s'étendant de proche en proche, différant en cela de la rougeole et de la variole. Durée moyenne de la maladie, 8 jours.

*Rhumatisme.*

Des onze malades atteints de rhumatisme, deux étaient affectés de pleurodynie, sept de rhumatisme articulaire aigu; enfin deux offrirent la forme chronique. Le symptôme commun fut la douleur. La pleurodynie, qui fut observée chez deux sujets jeunes, disparut au bout de trois jours; il ne se manifesta aucun phénomène secondaire. Chez les deux malades atteints de rhumatisme chronique, l'affection resta bornée à l'articulation scapulo-humérale; dans un cas, les émissions sanguines furent employées et répétées plusieurs fois, la guérison eut lieu au bout de quinze jours. Chez l'autre, la maladie affecta tour-à-tour l'épaule, le poignet et les lombes, et se termina dix jours après son entrée à l'hôpital. Dans aucun de ces cas il n'exista de mouvement fébrile.

Les sept malades atteints de rhumatisme articulaire aigu étaient tous exposés aux intempéries de l'air, tous obligés par leur profession de se livrer à des travaux pénibles, si on exempte une femme qui était couturière. Presque tous habitaient des chambres humides. La maladie débuta par un frisson plus ou moins violent, suivi de chaleur, et par une douleur articulaire. Les articulations qui étaient le siége de la douleur ne tardèrent pas à se tuméfier. Deux fois la maladie débuta par les articulations des membres supérieurs, cinq fois par celles des membres inférieurs. Dans les cas où le traitement fut plus actif, la maladie fut de plus longue durée. Dans aucun cas, M. Louis n'a observé de péricardite. Quatre malades présentèrent des phénomènes secondaires : l'un fut affecté d'angine tonsillaire, deux d'épistaxis abondante; le quatrième eut une éruption papuleuse. M. Louis n'a jamais observé de phénomènes secondaires chez les individus atteints de lumbago ou de pleurodynie, affection généralement apyrétique. Ce qui prouve manifestement que les affections secondaires sont sous la dépendance des mouvemens fébriles. Dans tous les cas, le sang tiré de la veine offrit une couenne moins épaisse que celle qu'on observe dans les affections de poitrine.

M. Louis pense que c'est à tort qu'on a rangé le rhumatisme parmi les inflammations. Le mouvement fébrile qui l'accompagne ne saurait le faire regarder comme étant de nature inflammatoire, puisque nous avons vu une fièvre intense exister dans les prodrômes des exanthèmes fébriles sans qu'il fût possible de la rattacher à une phlegmasie locale. Dailleurs il ne se termine jamais par suppuration, et il jouit surtout d'une grande mobilité qu'on n'observe pas dans les maladies franchement inflammatoires. A la suite des amputations dans les articulations, on voit naître de véritables phlegmasies, mais jamais personne n'a observé dans ce cas cette mobilité qui caractérise le rhumatisme.

---

## HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Service de M. Bérard jeune.

*Clinique des maladies des yeux*, par M. Sichel.

*Observations des tumeurs développées sous le muscle orbiculaire, sur ou dans le cartilage tarse.*

*Dix-septième observation.* Une jeune personne de seize ans se présente à la consultation le 9 mars, pour de nombreuses tumeurs qui occupent les deux paupières supérieures. Ces tumeurs sont rondes, assez dures, peu mobiles; elles semblent situées entre le muscle orbiculaire des paupières et le cartilage tarse, et adhérentes à ce dernier par leur face interne, et présentent tous les autres caractères que nous venons d'exposer.

En retournant les paupières, on vit que la conjonctive palpébrale, dans les endroits correspondans à ces tumeurs, était rouge et formait une saillie assez dure sur les uns, que sur d'autres elle était d'un rouge pâle, jaunâtre et comme comprimée; les plaques, formées par ces tumeurs sur les conjonctives palpébrales, se trouvaient placées sur le trajet des petits chapelets formés par les glandes de Meibomius; nulle part on ne pouvait découvrir une trace d'ouverture ou même de commencement de suppuration. Enfin, ces tumeurs, dont une seule siégeait sur la paupière inférieure de l'œil gauche, et dont la plus petite avait à peu près la grosseur d'une grosse tête d'épingle, la plus grande celle d'un fort pois-chiche ou d'une petite fève, portaient tous les caractères des engorgemens des glandes de *Meibomius. Leur grand nombre, leur nature, l'habitude du corps de la malade qui portait fortement l'empreinte de la diathèse lymphatique et avait subi dans son enfance d'autres maladies du genre des scrofules, tout indiquait que ces tumeurs étaient le produit d'une maladie constitutionnelle.*

Plusieurs oculistes avaient en vain tenté, pendant plusieurs mois de guérir ces grosseurs par des moyens topiques, des frictions, des emplâtres et même par la cautérisation fréquemment répétée de leur surface externe.

Le traitement général et local des engorgemens scrofuleux fut recommandé; mais comme ces tumeurs, quand elles existent en si grand nombre, ne cèdent que rarement et toujours très-lentement aux moyens pharmaceutiques, l'extirpation de la plus grosse fut proposée, et acceptée par la malade. Elle fut faite, (le 4 mars) *de la manière que nous avons indiquée*, en renversant la paupière et en faisant l'incision sur la conjonctive; l'exécution en fut très-difficile, parce que la tumeur était plus rapprochée du bord inférieur du tarse que du bord supérieur; après l'opération l'œil et le toucher ne purent plus apercevoir aucune inégalité sous la peau de la paupière. La malade se plaignit plutôt de la gêne causée par le renversement de la paupière que de la douleur, qui fut très-peu considérable. La plaie a suppuré pendant quelques jours et guérit, sans qu'on eût eu besoin de la toucher avec le nitrate d'argent. Nous essaierons si les autres tumeurs guériront sous l'emploi des topiques résolutifs et d'un traitement antiscrofuleux général; dans le cas contraire, il faudrait revenir à l'extirpation.

*Dix-huitième observation.* Un jeune homme de vingt-ans se présenta à la consultation le 20 mars

pour une tumeur de la paupière inférieure, qui présentait tous les caractères des engorgemens des follicules ciliaires que nous avons décrits. Les tégumens étaient mobiles sur le tarse, la grosseur ne se déplaçait pas; elle était plus rapprochée du bord palpébral libre que de la marge inférieure du tarse; une saillie peu considérable d'un rouge foncé et un peu granulée, en marqua le siége du côté de la conjonctive. Quoique il n'y eût que cette seule tumeur, une diathèse scrofuleuse très-marquée nous fit déclarer cette affection glandulaire pour un symptôme de scrofules. Le malade lui-même avouait de suite que c'était bien là la vraie nature de l'affection que nous avions indiquée, et pour la confirmer, il se découvrit le cou et nous montra les cicatrices adhérentes et enfoncées d'une fistule trachéale et de plusieurs abcès glandulaires qui avaient pendant long-temps résisté aux différens traitemens. L'extirpation fut de suite faite; en peu de jours la plaie fut guérie sans cautérisation.

Nous avouons que c'est malgré nous que les malades se sont soustraits à la cautérisation; car, comme nous l'avons dit, l'extirpation n'est et ne peut jamais être complète, à moins qu'on ne veuille pénétrer le tarse, circonstance toujours inutile, souvent fâcheuse, en ce qu'elle peut produire l'inflammation, l'atrophie, la difformité du tarse et l'entropion; quoique je ne partage pas l'opinion généralement adoptée sur les suites toujours graves des lésions et des pertes de substances de ce fibro-cartilage, pour être sûr de ne laisser rien de morbide, il vaut toujours mieux faire quelques cautérisations superficielles et entretenir la suppuration pendant une semaine ou plus long-temps même, dans le cas où une partie considérable de la tumeur serait restée.

*Dix-neuvième observation.* Nous avons dernièrement fait sur une femme âgée d'une quarantaine d'années, l'excision d'une tumeur semblable, située dans le tarse de la paupière inférieure droite; elle avait existé depuis long-temps, sans changer de nature, et sans s'enflammer; la malade désirait en être débarrassée, parce que les mouvemens de la paupière inférieure étaient un peu gênés et douloureux et que la conjonctive oculaire s'injectait quelquefois. Aucune cause, générale ou locale, de cette affection ne pouvait être trouvée; l'extirpation en fût faite de la manière ordinaire. Le troisième jour la plaie était en suppuration; nous proposions la cautérisation, la malade s'y opposa. Nous ne l'avons pas revue depuis.

On ne peut pas juger la nature de ces grosseurs, en disséquant la partie extirpée; celle-ci s'affaise après l'opération et ne montre plus aucune structure régulière; la partie qui en reste sur la paupière se couvre de sang et les mouvemens de la paupière, devenue douloureuse par l'opération, s'opposent à ce que les recherches faites à l'aide de la loupe donnent un résultat positif. Pour juger et rectifier au besoin ce que nous venons d'avancer, il faut se baser sur des dissections des tumeurs qui tiennent aux paupières. Du reste, nous ne regardons nullement nos recherches comme complètes et terminées.

### *D. Tumeurs d'un petit volume situées entre la peau des paupières et le muscle orbiculaire.*

Ces tumeurs sont de vraies tumeurs kystiques, et ne diffèrent de celles-ci que par leur siége; mais il est rare de les voir se borner à un volume si peu considérable que celui des grosseurs dont nous venons de tracer l'histoire. C'est donc dans la seconde classe que nous devons plutôt les ranger. Nous ne mentionnerons ici cette seconde classe que pour compléter le cadre nosologique de ces affections; et nous nous réservons d'en donner les détails quand des cas semblables se seront présentés à la clinique.

*B.* Tumeurs des paupières d'un volume plus considérable.

*a.* Tumeurs kystiques proprement dites.

*b.* Kystiques hydatiques.

*C.* Dairyops (tumeur de la paupière supérieure contenant des larmes, maladie des plus rares).

D'autres tumeurs peuvent au premier coup-d'œil être confondues avec celles des paupières; mais l'examen montre bientôt qu'elles sont situées sous les paupières dans l'orbite; tels sont, par exemple, les kystes et hydatides de la glande lacrymale et les différentes tumeurs syphilitiques du périoste et des os de l'orbite.

SICHEL, D. M.

## HOPITAL DES ENFANS MALADES.

### Clinique de M. GUERSENT.

*Quelques réflexions sur une inflammation des paupières observée chez les sujets scrofuleux, par M.* A.-L. de la Berge (*complications*).

Un petit furoncle, de forme oblongue, occupe la paupière; c'est l'argeolet ou orgelet. Dans deux ou trois cas nous l'avons noté; d'autres fois nous l'avons vu survenir d'emblée. Cette complication n'a rien de grave; mais, après l'ouverture de la petite tumeur, il reste presque toujours un engorgement de tissu cellulaire sur lequel elle reposait, qui ne se résout que fort lentement et est presque toujours accompagné d'un état de rougeur de la peau environnante.

Une ulcération légère, peu profonde, de la paupière succède souvent à son inflammation: située presque toujours au-dessous de l'œil, elle semble dépendre de l'action irritante du liquide puriforme qui suinte continuellement entre les paupières. Cette ulcération se guérit souvent en même temps que la maladie qui lui a donné naissance; d'autres fois, au contraire, elle se perpétue en prenant les caractères des affections cutanées (*impetigo ecthyma*) auxquelles les enfans scrofuleux sont si sujets.

Les callosités que l'on remarque aux paupières, désignées par les ophtalmologistes sous les noms fort heureux assurément de *tylosis*, de *pachyblepharosa*, de *pacheablephara*, de *pachytes*, et qu'en définitive nous ne connaissons parfaitement bien qu'à l'aide du premier mot employé, succèdent quelquefois à l'application des sangsues sur les bords libres des paupières; d'autres fois, à la récidive des inflammations palpébrales: cette complication paraît difficile à guérir.

L'ectropion ou le renversement en dehors de la face interne des paupières, plus fréquent inférieurement, complique souvent l'inflammation palpébrale lorsqu'elle est intense. Tantôt il survient, quand, voulant constater l'état de la conjonctive oculaire, on écarte les paupières l'une de l'autre. Le malade le plus souvent se prend à crier; il en résulte une turgescence de la conjonctive palpébrale inflammatoire. D'autres fois le seul gonflement de cette membrane suffit, sans

la coopération d'aucune traction, pour produire l'ectropion; alors la réduction de cette difformité est très difficile à opérer; alors la conjonctive palpébrale enflammée se trouve non seulement en contact avec l'air, mais même avec les pièces d'appareil, avec le linge qui environne la partie malade. La membrane muqueuse présente d'une manière évidente cet état villeux dont nous avons déjà parlé, et que *Scarpa* compare à la muqueuse du rectum qui est mise à nu par les efforts de défécation auxquels les enfans se livrent parfois. Souvent un écoulement de sang assez abondant survient, et, dans un cas que nous avons observé, il ne produisit aucun effet ni en bien ni en mal. Cet écoulement sanguin dépend-il de la turgescence des vaisseaux enflammés, de la gêne dans la circulation palpébrale, due au renversement de la paupière, ou du contact de la pièce de linge recouvrant l'œil malade? Nous pensons que chacune de ces causes peut agir dans la manifestation d'un écoulement sanguin; mais, chez le malade que nous avons observé, cette petite hémorrhagie semblait tenir surtout au contact permanent qui avait lieu entre la conjonctive palpébrale et le bandeau récouvrant l'œil affecté.

Nous n'avons pas observé d'ectropion chez les malades placés dans le service de M. Guersent. Ainsi que nous l'avons déjà dit, Mackensie semble attribuer ce renversement en dedans des paupières aux tractions inconsidérées que l'on exerce sur ce voile mobile, alors susceptible de prendre une fausse direction; l'inflammation qui l'affecte a, en quelque sorte, ramolli les parties qui le constituent; nous nous contentons de citer ce fait, nous n'avons pas été à même de le vérifier.

L'adhérence des bords palpébraux entre eux, l'ankyloblépharon semble succéder principalement aux ulcérations qui, ayant eu lieu simultanément, et dans des points correspondans à l'une et à l'autre des paupières, se sont cicatrisées et réunis les unes aux autres. Chez quelques individus, ayant conservés pendant long-temps une ophthalmie palpébrale ou autre, et qui étaient en butte à une photophobie très-marquée, nous avons eu occasion de remarquer que l'ouverture des paupières se faisait moins largement, la maladie étant guérie, à l'œil ayant été enflammée qu'à celui qui n'avait point été affecté. Y avait-il là ankyloblépharon? Non, sans doute. Mais, lorsque la photophobie était grande, le muscle orbiculaire des paupières entrait continuellement en contraction à l'œil malade, phénomène qui n'avait pas lieu pour l'œil sain; cette contraction, si fréquemment répétée, a suffi, ce nous semble, pour déterminer un rétrécissement dans l'ouverture des paupières qu'il ne faudrait pas confondre avec l'ankyloblépharon. La perte, la chute des cils, désignée sous les noms mal choisis de *madarosis*, d'*alopécie*, qui s'appliquent en général à toute chute de productions pileuses, et surtout à celle des cheveux; la chute des cils succède très-fréquemment aux ulcères profonds qui affectent le bord des paupières. Cette complication, que nous avons souvent observée, n'est pas susceptible de guérison. Les cils ne peuvent plus être remplacés.

Nous avons envisagé en peu de mots les maladies principales affectant les paupières, qui compliquent l'inflammation palpébrale. Des complications d'un ordre plus grave peuvent survenir pendant cette phlegmasie; elles sont plus graves en ce sens qu'elles affectent essentiellement l'organe de la vision, et peuvent pervertir, abolir même ses fonctions.

La conjonctive oculaire participe le plus souvent à l'inflammation des paupières. Tantôt elle est prise d'une phlegmasie intense, et alors presque toujours il y a chémosis; d'autres fois, et c'est le plus souvent, cette phlegmasie, par son intensité, est peu capable de fixer l'attention. Quelles sont les causes qui donnent ainsi lieu à l'inflammation de la conjonctive oculaire? La phlegmasie palpébrale peut, par continuité et par contiguité, se propager à la conjonctive oculaire. Nous pensons que ce dernier cas doit se montrer fréquemment. Le contact continuel de la matière puriforme sécrétée, avec la conjonctive oculaire, doit déterminer le développement d'une inflammation de cette membrane. Lorsque la phlegmasie est intense, elle doit être combattue avec énergie, car c'est elle surtout qui donne lieu aux nouvelles complications que nous allons étudier.

Le pannus, qui consiste dans un obscurcissement de la con onctive, dû, le plus souvent, à un développement anormal des vaisseaux de cette muqueuse, affection d'une guérison très-difficile, complique quelquefois l'inflammation des paupières; nous l'avons observé chez l'un de nos malades.

L'inflammation de la sclérotique complique quelquefois l'affection que nous étudions: alors des douleurs très-vives se manifestent; alors une grande photophobie se déclare; alors, suivant *Welch* (*On diseases of the eye*, p. 27) et *Travers*, une in ection toute particulière des vaisseaux de l'œil survient. La maladie prend le caractère rhumatismal décrit par *Beer* et *Wardrop*. Nous n'avons pas observé cette complication; il nous suffira de dire que M. Guersent rapporte à cette phlegmasie de la sclérotique les accidens dont nous avons parlé et auxquels il a été en proie.

L'inflammation de la cornée, nommée *corneitis*, *kératitis*, a compliqué souvent l'inflammation palpébrale que nous avons observée; presque toujours elle était accompagnée d'une douleur assez vive; mais le plus souvent on n'a pu constater son existence que lorsque l'inflammation palpébrale tendait à la résolution; voici alors ce que nous avons observé: une grande susceptibilité au contact de la lumière, une grande photophobie nous gênait le plus souvent dans l'examen que nous voulions faire de l'œil malade, à tel point que souvent on était obligé, avant de tenter aucun essai, d'employer des collyres opiacés ou avec la belladone, dans le but de diminuer la photophobie. Souvent le malade n'était affecté que d'opacité de la cornée: cette altération n'était que fort légère; d'autres fois plus profonde, elle avait acquis tous les caractères du leucoma; une production semblable à une fausse membrane, blanche, comme nacrée, s'élevait au-dessus du niveau de la cornée: cette altération est presque toujours incurable; mais souvent aussi un ramollissement du tissu même de la cornée entraînait la formation d'ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins profondes. La photophobie était encore fort grande. Trois sujets affectés de variole et d'ophthalmie palpébrale ont présenté de ces ulcérations: chez deux de ces sujets il y avait eu perforation de la cornée, expulsion des humeurs de l'œil, atrophie de cet organe; le troisième, plus âgé que les deux autres, a présenté une ulcération profonde avec perforation de la cornée et staphylôme de l'iris. Il ne faudrait pas croire cependant, d'après ce qui

précède, que ces perforations ne soient survenues que chez des varioleux; nous avons eu malheureusement à les noter chez des sujets affectés simplement d'inflammation palpébrale. Du reste, suivant Billard, qui publia un ouvrage généralement estimé sur les maladies des enfans nouveaux-nés, l'opacité et le ramollissement de la cornée ne sont pas toujours le résultat de l'ophthalmie puriforme : « J'ai vu plusieurs enfans, dit-il, que des affections gastro-intestinales de longue durée avaient réduits au marasme le plus complet, affectés, sans inflammation palpébrale, d'un ramollissement de la cornée, par suite duquel cette membrane se perforait à son centre, et donnait lieu à la sortie des humeurs de l'œil et du cristallin. Cette sorte de ramollissement spontané m'a rappelé le fait observé par M. Magendie, sur un chien qui, étant nourri pendant long-temps avec du sucre, périt après avoir été réduit à un degré d'épuisement et de marasme fort avancé.... Le défaut d'alimentation serait-il donc une des causes du ramollissement de la cornée? » (Ouv. cit., p. 667.) Nous avouerons franchement que nous n'avons pas ainsi vu de ramollissement ni d'ulcération de la cornée survenir d'emblée chez les malades soumis à notre observation.

Nous avons eu occasion de disséquer, avec M. le docteur Sichel, un œil qui présentait une hernie de la cornée, désignée par les ophthalmologistes sous le nom de *kératocèle*. Une lame profonde de la cornée avait seule résisté à une altération, ayant détruit en un point les lames antérieures de cet organe, et la dernière lame se trouvait poussé au-dehors par la pression de l'humeur aqueuse, sous forme d'une petite vésicule grisâtre, semi-transparente, etc.

Chez plusieurs malades nous avons vu l'iris pénétrer dans une ouverture survenue à la cornée, et se montrer alors à nu sous forme d'un bourrelet plus ou moins saillant, comme fougueux. Chez l'un d'eux, nous avons l'espoir de guérir cette difformité en portant le nitrate d'argent fondu sur la portion saillante de l'iris; et comme l'ouverture pupillaire, quoique difforme, n'est pas détruite, nous pensons que ce malade pourra voir de son œil affecté de staphylôme de l'iris. Dans cette affection il y a toujours adhérence de la face antérieure de l'iris avec la cornée (synéchie antérieure), et souvent même de la face postérieure de l'iris avec la capsule cristalline (synéchie postérieure).

On a vu quelquefois l'inflammation palpébrale, affectant ainsi les parties qui constituent la région antérieure de l'œil, se propager plus profondément et déterminer une opacité générale ou partielle du cristallin. C'est un cas de ce dernier genre que nous avons sous les yeux. Un enfant de douze ans, qui est affecté de scrofules, qui porte un eczéma chronique de la paupière supérieure gauche, présente à l'œil droit une opacité peu prononcée de la cornée transparente, qui permet de constater une opacité plus marquée, occupant la partie centrale du cristallin. Cet enfant ne voit qu'en appliquant les objets sur les parties latérales de son œil. Il fut affecté à plusieurs fois d'inflammation palpébrale. Dans les premiers temps, il paraît que le cristallin jouissait de toute sa transparence; mais ce ne fut que par le retour souvent réitéré de cette inflammation, que l'opacité parvint au degré que nous constatons aujourd'hui. Néanmoins, comme nous n'avons pas observé ce malade dans les premiers temps de sa maladie, nous ne pourrions soutenir positivement le fait en question.

## FRACTURE DE LA CLAVICULE DROITE.

*Par cause directe; par* M. le docteur Civatte, *à Sisteron* (*Basses-Alpes*).

Le plus ordinairement, la fracture de la clavicule s'effectue à la suite d'une chûte sur la main, sur le coude ou sur le moignon de l'épaule. Celle qui a lieu par l'effet d'une cause agissant directement sur cet os ne se présente pas assez souvent à l'observation, excepté dans la chirurgie militaire, pour que nous croyions superflu de rapporter le cas que l'on va lire.

Cougourdan, âgé de 50 à 55 ans, habite à deux lieues de Sisteron, sur les bords de la Durance. Comme la plupart des habitans de la campagne, il aime la chasse; et c'est dans l'espoir de se procurer quelques pièces de gibier pour les fêtes de Noël, qu'il va le traquer le 22 décembre 1832. Il aperçoit un vol de canard sauvage qui se jettent sur le bord de la rivière; mon chasseur de les approcher aussitôt. Pour se mettre à portée de les tirer, il se place, et mieux il se couche à plat-ventre sur le penchant du gravier. Dans cette position il ne peut faire porter au devant du moignon de l'épaule la crosse du fusil de munition dont il est armé, et la place de manière à ce qu'elle appuie sur le tiers externe de la clavicule. Il lâche le coup, et éprouve en même temps une forte secousse. L'arme lui échappe. Ne se doutant point de ce qui vient de lui arriver, il se relève et veut ramasser son fusil; il s'étonne de ne pouvoir le soutenir, et dans un effort qu'il fait pour relever le bras et le fusil, il ressent une vive douleur dans l'endroit où vient d'avoir lieu une solution de continuité. Enfin le *craquement* des fragmens lui apprend ce qu'il en est. J'arrive auprès de lui à 10 heures du soir; je reconnais avec la plus grande facilité une fracture de la clavicule dans l'union du tiers externe avec les deux tiers internes. Les fragmens chevauchent; l'interne est relevé, l'externe est fortement abaissé, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que je parviens à m'opposer à l'action simultanée des muscles sterno-cleïdo mastoïdien et sous-clavier. J'obtiens enfin une coaptation aussi complète que possible, et m'empresse d'appliquer l'appareil de Desault. Je revois le malade cinq jours après; je veux réappliquer le bandage qui s'est relâché, mais cette fois je ne puis parvenir à obtenir une coaptation aussi exacte; il reste toujours un peu de nodosité provenant d'un léger chevauchement. Rebuté de la difficulté chez le malade, sachant d'ailleurs qu'un léger vice de conformation ne nuirait pas aux mouvemens du membre, je me décide à appliquer plus solidement le bandage, et à attendre la consolidation de cette fracture, qui a lieu vers le quarantième jour, époque à laquelle le malade se débarrasse de l'appareil. La nodosité formée par le cal, jointe au léger chevauchement des fragmens, constitue un vice de conformation dans la longueur de l'os assez saillant. J'ai occasion de revoir le malade le 25 mars suivant; alors les mouvemens sont redevenus très-faciles, et tout fait présager que Cougourdan se servira de son bras comme avant la fracture.

---

## HOTEL-DIEU.

Service de M. Sanson aîné.

(Clinique des maladies des yeux.)

*Ophthalmie blennorrhagique.*

Un Polonais nommé Steenischefsky, âgé de 27 ans, d'une forte constitution, teinturier, avait contracté une blennorrhagie vénérienne; il consulta un pharmacien, et en peu de temps l'écoulement fut supprimé.

Cet homme ayant fait quelques excès, l'écoulement reparut, et vingt-quatre heures après l'œil gauche offrait déjà tous les caractères de l'ophthalmie blennorrhagique. Il est reçu à l'Hôtel-Dieu le 6 mars, et on le couche salle Sainte-Jeanne, no 43. Voici les symptômes qu'il présentait 39 heures après l'invasion de sa maladie.

Les paupières de l'œil gauche étaient gonflées et un peu renversées, elles présentaient aussi une teinte violacée. La conjonctive était boursouflée et d'un rose pâle, et formait autour de la circonférence de la cornée un bourrelet considérable. Celle-ci conservait encore sa transparence : elle n'était point ramollie, mais seulement voilée par une couche légère d'une matière visqueuse, épaisse, et jaunâtre, mêlée aux larmes, qui s'écoulait abondamment entre les paupières, et dont l'âcreté laissait des traces d'irritation sur la joue correspondante; photophobie complète; douleurs cuisantes qui avaient succédé à un prurit excessif.

La verge examinée, on aperçut un écoulement léger, à la vérité, mais ayant tous les caractères de l'écoulement blennorrhagique.

L'ophthalmie blennorrhagique est une des affections les plus graves auxquelles l'organe de la vision soit exposé. Sa marche est d'une rapidité telle que les moyens les plus énergiques et les plus rationnels, quoique administrés avec la plus grande promptitude échouent très-souvent. Quelques heures ont suffi dans certaines circonstances pour déterminer une cécité complète.

*Une saignée du bras de quatre palettes. Diète, repos, sangsues en permanence à la tempe gauche; ablutions d'eau froide.*

Le soir, à six heures, saignée du pied.

On ne remarque aucun changement dans l'état de l'œil.

*Vingt-cinq sangsues autour de l'orbite* maintenues et renouvelées pendant trois jours. *Pédilures irritans, séton à la nuque, des injections émollientes et mucilagineuses*, sont fréquemment poussées sous les paupières pour laver le globe de l'œil, et le débarrasser du liquide irritant qui accompagne ce genre d'ophthalmie.

Le deuxième jour, 12 *gr. de calomélas et* 18 *grains de résine de jalap dans la journée.* Le soir, point d'amélioration. La cornée transparente présente déjà une teinte opaline générale.

Le purgatif administré n'ayant produit aucun effet, on ordonne la potion de Chopart, dans l'intention de voir si sa spécificité sur les écoulemens de l'urètre ne s'étendrait point aux écoulemens de même nature de la conjonctive.

Le troisième jour, la potion de Chopart est supprimée, puisqu'elle n'avait [illegible] aucun changement.

La photophobie était toujours excessive, ce qui annonce le plus ordinairement, comme on sait, une inflammation violente des parties profondes de l'œil.

*Une saignée de pied; bouillon aux herbes.*

Le matin du quatrième jour, bien que l'écoulement purulent ait diminué et que les paupières soient moins infiltrées, la cornée transparente est plissée, ramollie, et l'œil est considéré comme perdu.

Le cinquième jour, la cornée de l'œil gauche est perforée, l'iris fait saillie à travers cette membrane, l'humeur aqueuse s'est épanchée.

Le septième jour, le malade s'expose à une des fenêtres de la salle. Le froid le saisit, il se couche, il a quelques frissons et de la démangeaison dans l'œil droit. Cet œil est pris de tous les mêmes symptômes qui s'étaient manifestés à l'œil gauche, mais ici avec une rapidité et une intensité incroyables.

La conjonctive présente des villosités qui sécrètent une grande quantité d'un liquide mucoso-purulent, en tout semblable à celui qui s'écoule de l'urètre dans la syphilis.

On ne pouvait douter, à en juger par la violence des symptômes, que cet œil subirait le même sort que l'œil gauche. Il fallait donc avoir recours à des moyens prompts et plus efficaces que ceux employés jusqu'alors; on avait épuisé déjà toutes les ressources que présente la méthode antiphlogistique.

Le malade était affaibli par les nombreuses évacuations sanguines réitérées coup sur coup, et par une diète sévère.

M. Sanson, considérant la rapidité effrayante de la marche de cette affection, considérant le danger imminent de l'œil droit, auquel le malade était très-prochainement exposé, se décida sur-le-champ à recourir à une méthode pertubatrice qui eût pour effet, non d'opérer un dégorgement plus direct, mais de détruire l'organe dont la sécrétion morbide était la source principale de tous les dangers de cette affection.

A l'aide de pinces à disséquer et de ciseaux courbes sur le plat, il saisit et excisa toute la conjonctive oculaire, et comme la portion de cette membrane, située à la face postérieure et libre des paupières, est difficile à exciser, il en modifia la vitalité en y appliquant profondément le nitrate d'argent.

Le malade fut excessivement sensible à cette cautérisation. *Ablutions d'eau froide souvent répétées.*

On conçoit que ce moyen violent si hardi, auquel M. Sanson a dû recourir, présentait bien aussi ses dangers; car l'excision et la cautérisation de ces parties pouvaient déterminer une ophthalmie aiguë des plus graves; mais si l'on se rappelle que cette affection n'avait cédé devant aucun moyen, et que déjà l'œil gauche était perdu, on comprendra sans peine qu'il fallait tout tenter pour conserver l'œil droit.

L'inflammation que l'on prévoyait fut prévenue par une *saignée de l'artère temporale, des pédiluves très-irritans et* 8 *sangsues en permanence à la base de l'orbite.*

L'écoulement urétral ayant cessé, on le rappella en introduisant une sonde dans le canal de l'urètre.

Mais le neuvième jour l'œil droit est le siège d'une inflammation assez vive pour donner quelques inquiétudes à M. Sanson, lorsque le lendemain le malade nous dit qu'il ne souffrait plus de cet œil.

Les paupières étaient collées, mais cela tenait autant à l'écoulement de sang fourni par les sangsues,

qu'au produit de la sécrétion des glandes de Meibomius irritées.

En séparant les paupières, il s'en écoule une assez grande quantité de larmes transparentes; la cornée paraît parfaitement nette, polie et diaphane; les paupières ne sont plus boursoufflées, l'œil est fort peu injecté.

On entretient toujours le séton à la nuque.

Le onzième jour, le malade ent'rouvre son œil droit, et distingue très-bien les objets. La sclérotique est peu rouge; il a peu de chassie aux cils; l'impression de la lumière est encore assez douloureuse.

Le quinzième jour, l'œil est encore enflé, boursoufflé, et laisse couler une grande quantité de matière purulente. L'opération faite à l'œil droit ayant donné le résultat attendu, on l'appliqua à l'œil gauche, non pour chercher à rétablir la vue de ce côté, mais pour enlever aussi le corps sécrétant, mucus, qui est toujours malfaisant, et qui, porté sur l'œil sain par inadvertance ou par malpropreté, pourrait l'exposer à une récidive toujours plus fâcheuse.

Le 2 avril (c'est-à-dire 27 jours après son entrée à l'hôpital), *sangsues au bord externe des paupières de l'œil gauche.*

Le 3, les symptômes ont beaucoup diminué, le malade va mieux.

Le 4, l'œil droit est revenu à son état normal; la lumière ne cause plus aucune douleur.

Le 8, le malade demande à sortir, ayant recouvré l'œil droit, mais conservant encore à l'œil gauche un boursouflement considérable de la conjonctive, de la douleur et un reste d'écoulement.

Sur la fin de son séjour à l'hôpital, le malade a fini par se rappeler qu'il s'était frotté l'œil gauche après avoir touché sa verge; la maladie ne peut donc être attribuée ici à une métastase, d'autant plus qu'alors l'écoulement existait. Quant à l'affection de l'œil droit elle a succédé à la suppression de l'écoulement de l'urètre, mais elle paraît avoir été déterminée par l'impression directe du froid sur l'œil. Quoi qu'il en soit, on pourrait soutenir à la rigueur qu'elle a été l'effet d'une métastase, et cette observation curieuse fournirait un double appui à l'opinion des praticiens qui pensent que l'ophthalmie blennorrhagique peut survenir par inoculation et par métastase.

F. C.

## CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

*Hernie ventrale congénitale développée à travers un écartement des fibres du grand et petit oblique; accidens graves d'étranglement; opération; réduction; guérison.*

On sait que la hernie ventrale est une tumeur qui peut se développer dans les régions antérieure et latérale du ventre, aux côtés externes des muscles droits, ou aux bords inférieurs des muscles grands et petits obliques.

Ces déplacemens reconnaissent pour cause l'affaiblissement d'un des points de la paroi abdominale, qui cède à l'impulsion des viscères: *la percussion, des grossesses nombreuses, des abcés, des plaies,* etc. déterminent cet affaiblissement.

Dans le cas présent, et chez le malade dont nous rapportons l'histoire, la hernie paraît avoir été produite par la rétention du testicule droit dans le ventre.

On n'ignore pas que dans le fœtus, les testicules sont placés près des reins. Vers le septième mois, ils se trouvent descendus à l'anneau, le bout de leur gubernaculum reste en cet endroit, tandis que les testicules en descendant dans le scrotum entraînent avec eux un petit sac de péritoine qui ferme la tunique vaginale.

La cavité de la tunique vaginale se trouve ordinairement effacée avant la naissance, ou peu de temps après, par suite de l'adhésion des parties. Si quelque corps solide ou liquide échappé du ventre se glisse dans la poche de la tunique vaginale avant son adhésion au cordon spermatique, il se forme alors une hydrocèle ou une hernie congénitale.

C'est ce dernier genre que nous avons observé chez le malade couché au nº 52 de la salle Sainte-Marthe, chez un homme âgé de vingt ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique.

Il vint au monde avec un seul testicule (le gauche), celui du côté droit resta dans le ventre, et ce ne fut qu'à l'âge de douze ans que le malade commença à éprouver quelques accidens du côté où le testicule manquait.

A cette époque une tumeur se présenta à l'anneau, et comme le testicule était sans doute précédé d'une anse intestinale qu'il pousse ordinairement devant lui, le chirurgien qui fut appelé ne s'étant pas aperçu qu'il manquait un testicule dans les bourses, conseilla l'application d'un bandage, et omit en cette occasion le précepte des auteurs, qui veut: « que l'on n'applique jamais un bandage tant que le testicule n'est pas descendu et que l'intestin n'est pas replacé. »

Les mémoires de l'académie nous offrent un exemple de hernie semblable. En effet, on lit (tom XVI, janvier, 1809), qu'un enfant âgé de dix ans fit rentrer son testicule gauche dans le ventre. Au bout de dix ans, l'anneau s'étant apparemment rétréci beaucoup, le testicule apparut sous les parois de l'abdomen; en même temps tous les symptômes de la hernie étranglée se déclarèrent, et l'opération devint indispensable. On a eu des raisons de croire que chez le malade couché à Sainte-Marthe, la même chose avait eu lieu. Il était évident que le bandage appliqué sur l'anneau à l'âge de douze ans, et au moment où le testicule se disposait à prendre sa place naturelle, avait déterminé en cet endroit d'abord une inflammation adhésive, par suite obturation absolue, et l'anneau inguinal ayant résisté aux efforts qui tendaient à pousser le testicule au-dehors, celui-ci s'est vu contraint de rester dans le ventre, par suite s'est logé dans l'épaisseur des parois abdominales, et y a formé une tumeur herniaire. Notre malade éprouva cinq fois des accidens assez graves d'étranglement qui furent dissipés à l'aide de moyens généraux; *bains, sangsues, cataplasmes et taxis.*

Dix-huit heures avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il fut pris, sans cause appréciable, de vomissemens, de douleurs et de tous les autres symptômes d'étranglement. Il se fit donc transporter à l'hôpital, où il fut reçu et couché à Sainte-Marthe.

En découvrant l'abdomen, on apercevait à un pouce au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit, une tumeur bi-lobée de la

largeur de la paume de la main, dure, non réductible, saillante sans changement de couleur à la peau.

Le malade paraissait très-tourmenté par cette hernie; il restait dans le repos, parlait peu, ne faisait que de courtes inspirations, parce que les muscles de l'abdomen, lorsqu'ils se contractaient, raidissaient leurs aponévroses et rétrécissaient la cavité du ventre en comprimant les viscères qu'il contenait, ce qui augmentait ses douleurs; aussi la situation qui relâchait les muscles abdominaux (l'élévation du thorax soutenu par des oreillers), était-elle déjà pour lui un soulagement.

Les accidens se montrèrent bientôt avec plus de force. Le soir de son entrée, il fut de nouveau visité par le chirurgien, qui, ayant cru apercevoir quelque amélioration dans son état, remit au lendemain l'opération qu'il se proposait de faire. Le malade éprouva pendant la nuit des coliques, des nausées, des rapports. Les vomissemens ayant aussi persisté, le ventre étant toujours volumineux, tendu, douloureux même sans aucune pression, on se détermina à faire venir le malade à l'amphithéâtre, et on procéda à l'opération, après toutefois un nouvel interrogatoire sur les antécédens de la maladie.

La tumeur était exactement comprise entre les deux épines supérieure et inférieure de l'os des îles. Devions-nous opérer, s'est demandé le professeur, devions-nous agir comme dans la ligature de l'iliaque externe?

Mais, dans ce dernier cas, la maladie n'est pas contenue dans le péritoine, tandis que chez notre malade la hernie est coiffée par lui; et d'ailleurs la première opération est pratiquée le plus souvent chez des sujets dont les blessures sont accidentelles, tandis que dans ce cas nous avons non-seulement l'étranglement à détruire, mais encore une inflammation grave à combattre.

M. Breschet, invité à donner son avis, pensa que l'on devait attaquer l'abdomen à l'endroit où la hernie faisait saillie, car l'anneau inguinal étant complètement oblitéré depuis long-temps, on n'aurait pu aller détruire l'étranglement en agissant par son canal. Il pensa que l'on n'était pas dans un cas plus grave que celui de plaie pénétrante sans lésion des organes intérieurs, et que c'était enfin sur le *feu*, sur le siége des accidens qu'il fallait marcher.

Enfin le malade, qui jusque-là avait paru craindre et éloigner l'opération, témoin de tout l'intérêt qu'on lui portait, et de l'embarras où l'on se trouvait, vint lever toutes les incertitudes. Consulté une seconde fois pour savoir s'il consentait à se soumettre à l'opération, un *oui* bien prononcé est venu donner quelques encouragemens au chirurgien.

Nous avons dit plus haut qu'un soulèvement existait à la région iliaque droite. Ce soulèvement faisait sentir au toucher une fluctuation qui ne s'étendait pas à toute la cavité abdominale, mais était circonscrite, et paraissait due à la présence d'un sac herniaire.

M. Dupuytren attaqua les parois de l'abdomen à un pouce au-dessous de l'épine antéro-supérieure; puis ayant dirigé son incision d'arrière en avant, il est venu passer sur le milieu de la tumeur. Quelques vaisseaux furent liés (les deux bouts), puis la dissection devint délicate, légère. Tout à coup une couleur bleuâtre annonça le voisinage du sac; la pointe du bistouri y fut à peine arrivée qu'un jet de liquide s'élança, et un verre à peu près fut recueilli. Il était important de ne pas laisser rentrer le sac troué dans la cavité abdominale; on l'attira un peu en dehors, puis on l'agrandit à l'aide de la sonde canelée, et on incisa de nouveau l'aponévrose. L'intestin fut immédiatement aperçu, mais il fallait détruire l'étranglement, ce qui a été fait en incisant en avant et en bas; le testicule s'est alors montré, et la réduction est devenue facile. L'intestin était un peu foncé en couleur, mais non gangrené. A dater de cet instant, tous les symptômes d'étranglement disparurent, le malade fut reporté à son lit. Des saignées, des applications de sangsues s'opposèrent au développement de l'inflammation; il fut tenu à une diète sévère; au bout de trois jours seulement il eut quelques selles copieuses sollicitées par un lavement purgatif. Cette constipation avait entretenu quelques craintes chez le malade, elles furent bientôt dissipées; ses plaintes continuelles, qui avaient un peu inquiété, car elles étaient sans cause, cessèrent aussi: le ventre devint souple, indolent, le moral se releva, le malade reprit quelque gaîté et entra en convalescence six jours après l'opération.

Aujourd'hui, quatorze jours se sont écoulés sans que le malade ait éprouvé aucune espèce d'accident; il marche à une rapide guérison.

### *Imperforation de l'anus; moyens de traitement proposés; incident.*

Parmi les nombreux écarts de la nature qui accompagnent la naissance de l'homme, il n'en est pas de plus dangereux et de plus alarmant que l'imperforation de l'anus. Ce vice de conformation met souvent l'enfant qui vient de naître dans un péril imminent par la rétention du méconium.

Un enfant, à peine âgé de 60 heures, a été présenté à la consultation. Il annonçait, par ses cris, le mal que la rétention du méconium lui faisait éprouver.

Il était dans une agitation continuelle, faisait des efforts inutiles pour se débarrasser des matières qui, s'étant accumulées dans le rectum, augmentaient les douleurs.

La face était rouge, le ventre était tuméfié, volumineux, dur, la peau qui le recouvrait offrait une teinte d'un jaune verdâtre. La respiration était gênée, entre-coupée, les efforts qu'il faisait pour aller à la selle étaient accompagnés de quelques convulsions, et le sang qui était retenu dans toutes les veines par les violentes contractions des muscles, rendait toute la peau d'une couleur violette, rouge et plombée.

Ce jeune enfant rendait par la bouche des matières verdâtres semblables au méconium.

Le chirurgien a cherché à introduire le petit doigt pour reconnaître l'obstacle, en déterminer la nature et en déduire les bases du traitement; mais comme l'oblitération se trouvait assez profondément située, il se vit forcé, pour y atteindre, d'introduire une sonde de femme.

Ce mode d'exploration eut pour résultat la découverte d'un conduit, d'une perforation, mais de quelle nature était ce canal?

C'était évidemment une ouverture déjà pratiquée en ville, à l'aide d'un *troquart*.

En effet, la sonde y fut à peine introduite qu'il s'écoula de sa cavité un jet de liquide séreux!

Il était évident que cet enfant avait été soumis à une première opération, que le troquart avait pénétré, non dans le rectum, mais dans la cavité abdominale, et que c'était à cet accident qu'était dû l'écoulement séreux.

« Que devions-nous faire en cette occasion? (Sans cette nouvelle complication.)

Nous aurions pu, suivant la méthode de Duret, établir un anus artificiel dans la région lombaire gauche, entre les côtes asternales et la crête iliaque, en faisant une incision parallèle au bord antérieur du muscle carré des lombes, et fixant entre les lèvres de la plaie la portion correspondante du colon.

La gravité de cette opération et des circonstances qui l'accompagnent doit nous faire renoncer à cette dernière ressource; cet enfant est déjà en proie à une inflammation à laquelle il succombera. Notre opération deviendrait inutile. »

## HOPITAL DES ENFANS MALADES.

### Clinique de M. Guersent.

*Quelques réflexions sur une inflammation des paupières observée chez les sujets scrofuleux, par M.* A.-L. de la Berge (*modèle de transmission et traitement*).

Il nous reste maintenant à étudier la nature contagieuse de la maladie qui fait le sujet de ce travail. « Il est peu de sujets en médecine qui présentent plus de difficultés à résoudre que le grand problème de la contagion. » C'est ainsi que M. Bouillaud débute dans un article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique où il traite de ce mode de transmission des maladies. Il entend par *contagion*, « la transmission d'une maladie d'un individu à un ou plusieurs autres par l'intermède du contact médiat ou immédiat. » Nous nous servons de cette définition pour exprimer notre pensée, et nous disons que, dans le plus grand nombre de cas, l'inflammation des paupières est contagieuse. Si nous avions besoin d'un grand nombre de preuves, nous établirions un rapprochement entre la maladie qui nous occupe et l'ophthalmie d'Egypte, qui a avec elle la plus grande analogie; nous citerons les faits observés par M. Gregor, Wetch, Edmond Stone, et tant d'autres, qui ont vu très-souvent l'application de la matière purulente sécrétée par la conjonctive enflammée suffire pour déterminer sur un sujet, primitivement non malade, une phlegmasie absolument semblable à celle qui avait donné lieu à la matière purulente employée comme principe contagieux. Mais les faits sont plus rapprochés de nous; il est inutile d'invoquer l'analogie. M. Guersent à inoculé à quatre jeunes aveugles du pus provenant de phlegmasie puriforme des paupières, et ces quatre enfans ont contracté la maladie. Le médecin chargé de l'établissement des Jeunes Aveugles a inoculé sur la conjonctive de lapins le pus fourni par les yeux de ses petits malades, et il a vu la même affection se transmettre à ces lapins. M. le docteur Sichel, dans le but de guérir le pannus, a eu recours au moyen employé par M. Guersent pour vérifier la nature contagieuse de l'inflammation palpébrale; et M. Sichel a toujours réussi par une seule inoculation à transmettre cette maladie. Il faut dire cependant que *Mackensie* (*Edimb. med. and. surg. Journ.*, vol XII, p 411) s'appliqua sur les yeux un linge imbibé de pus provenant des paupières de soldats affectés d'ophthalmie d'Egypte, qu'il en fit passer un peu entre ses paupières, et que cependant il n'en fut point atteint. Faut-il en conclure qu'il n'y ait pas contagion dans l'inflammation palpébrale? Non, sans doute; tous les jours on voit des individus qui résistent à la contagion de la variole, de la vaccine, de la gale, de la syphilis, etc., et peu de praticiens sont tentés de croire que ces maladies ne soient pas contagieuses. Pourquoi n'en serait-il pas de même de l'inflammation palpébrale que nous avons décrite?

L'inflammation palpébrale peut-elle se transmettre par infection? Ici la question devient plus abstraite, elle s'écarte davantage des faits d'une observation facile; et, quoiqu'il soit permis de penser qu'un air infect puisse prédisposer à l'inflammation palpébrale, cependant on peut douter qu'à lui seul il suffise pour déterminer la maladie à se développer. C'est pourquoi nous restons dans le doute.

### § V. *Traitement.*

A l'hopital des Enfans, le traitement que nous avons vu surtout réussir, dans le service de M. Guersent, a été le traitement antiphlogistique au début, et astringent à la fin. Des émissions sanguines locales par piqûres de sangsues; des collyres émolliens, opiacés; des bains de pieds chauds; une tisane acidulée; une nourriture peu abondante; le repos de l'œil; son abri contre le contact de l'air et surtout de la lumière; plus tard, des collyres avec addition de sulfate de zinc; tels sont les moyens généralement employés par le praticien que nous venons de citer. Mais, comme tout le monde n'apporte pas la même simplicité dans la direction du traitement de cette maladie, comme certains moyens ont été réputés efficaces dans ces derniers temps, nous nous proposons d'étudier, autant avec l'aide des auteurs qu'avec celle de l'observation, l'influence de la saignée générale et locale, des exutoires, des collyres, des onctions mercurielles, de la compression, dans le traitement de cette maladie : nous ajouterons que nous l'avons vu guérir rien que par les soins de propreté.

Hippocrate a dit : « *Ophthalmiam solvit venæ sectio*, » mais le vieillard de Cos n'a pas dit quelle veine il faut saigner. Demours recommande la saignée du pied quand l'ophthalmie est douloureuse. (Trait. des m. des yeux, 1818, t. 1, p. 236.) M. Jadelot, médecin de l'hôpital des Enfans, s'exprime ainsi sur l'importance de la saignée de la veine jugulaire (Ann. méd. chir. des hôpit. 1819; obs. sur l'infl. de l'œil qui a régné en 1818, p. 526-43) : « Pratiquée sur un grand nombre de sujets dans le cours de l'ophthalmie épidémique qui a régné en 1818, la saignée de la veine jugulaire a donné des résultats d'autant plus avantageux que l'ophthalmie était plus récente, plus aiguë, plus spécialement oculaire; elle n'était pas aussi convenable, et elle ne produisait pas des effets aussi remarquables dans le cas où les paupières étaient le plus enflammées, où une ophthalmie ancienne était devenue aiguë accidentellement, et généralement chez les sujets d'une constitution molle et voisine des scrofules. » Scarpa (Trait.

des mal. des yeux, tom. I, p. 163; 1821) semble prescrire indistinctement la saignée du bras et du pied; il recommande de laisser couler abondamment le sang, en ayant égard cependant à l'âge et au tempérament du malade. Travers (*Synopsis on the diseases of the eye*, p. 98) recommande l'emploi d'une saignée abondante, qui peut être répétée si l'inflammation ne cède pas rapidement.

Les émissions sanguines locales sont plus souvent employées que les saignées générales. Demours (ouv. cit., p. 234-45) dit que quand on applique des sangsues dans le voisinage de l'œil on doit les mettre moitié à la paupière inférieure, le long des cils, et celles-là doivent être les plus petites, et moitié à la tempe près de l'œil, mais jamais à la paupière supérieure ni à la tempe plus haut que la commissure externe des paupières : on peut les mettre aussi derrière l'oreille; on peut aussi en placer une à la face interne de la paupière inférieure. En général il ne faut appliquer près de l'œil que des sangsues d'une grosseur moyenne. Scarpa (ouv. cit., p. 264-65), qui veut que les saignées générales soient toujours précédées de saignées locales, recommande d'appliquer les sangsues près des paupières, et particulièrement au voisinage du grand angle de l'œil. MM. Bretonneau et Velpeau (Nouv. journ. de méd. juillet 1820) ont retiré de bons effets de l'application des sangsues à la face interne de la paupière inférieure. Suivant le conseil de Demours, deux et trois sangsues seulement ont été, en ce point, appliquées avec avantage pour le malade. Dans l'ophthalmie d'Egypte, Ware, que nous avons déjà cité, préférait, chez les personnes faibles, au lieu de saignées générales répétées, la saignée locale, soit par la veine qui passe sur le côté du nez, soit au moyen de cinq à six sangsues appliquées à la tempe. M. Guersent fait appliquer les sangsues à la région temporale ou au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure; il pense que les sangsues, appliquées sur une paupière déjà phlogosée, doivent augmenter l'inflammation par l'irritation que produisent leurs piqûres; il croit en outre que souvent une ecchymose due à leur application survient, qui complique désagréablement la phlegmasie palpébrale. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, M. le docteur Sichel assure avoir souvent remarqué le tylosis ou callosité des paupières succédant à l'application des sangsues sur ces voiles mobiles.

Les scarifications peuvent être pratiquées sur un point éloigné du mal, à la nuque, par exemple; alors elles agissent comme moyen dérivatif; elles peuvent se faire sur la conjonctive, elle-même enflammée. Ware scarifiait l'intérieur de la paupière inférieure avec la pointe d'une lancette portée parallèlement et très-près du bord de cette partie : il ne voulait pas qu'on piquât la paupière en beaucoup de points différens, ce mode opératoire étant trop douloureux, et devant nécessairement augmenter l'inflammation. Saunders rejette les scarifications de la conjonctive, dans la crainte, par elles, d'affecter trop douloureusement un organe aussi délicat et aussi irritable, et parce que l'évacuation sanguine est trop peu abondante. M. le docteur Bouneau, médecin de l'hôpital des Enfans, emploie fréquemment, dans son service, contre le mal qui nous occupe, les scarifications, et il en retire de bons effets; enfin suivant M. Boyer, les scarifications pratiquées sur la conjonctive boursoufflée n'ont pas, à beaucoup près, la même efficacité que la rescision; elles accroissent souvent l'irritation, et ne procurent qu'une évacuation incomplète : c'est aussi l'avis de Scarpa.

Les exutoires, appliqués derrière le cou, derrière les oreilles, sous forme de vésicatoire, de séton, de cautère, ont été préconisés par les uns, abandonnés par les autres. Suivant Demours (ouvr. cité, p. 236), l'emploi des vésicatoires n'est indiqué que dans le cas où la maladie passe à l'état chronique. M. Boyer (Tr. des mal. chi., t. V, p. 374) pense que le vésicatoire a très-souvent aggravé le mal. Il importe, suivant cet habile professeur, de distinguer les cas où on doit l'employer de ceux où il faut s'en abstenir. « Chez les individus d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste, nous pensons, dit-il, que le vésicatoire agit plutôt comme stimulant général que comme dérivatif, et que par conséquent il ne saurait convenir dans la première période de l'ophthalmie. Les personnes nerveuses, au contraire, chez qui la douleur prédomine sur les autres symptômes inflammatoires, peuvent être soulagées par l'application d'un vésicatoire derrière le cou ou les oreilles, surtout lorsqu'on a le soin de ne le faire qu'après avoir pratiqué les saignées générales ou locales jugées nécessaires. » C'est aussi l'avis de Scarpa (ouv. cit., p. 169) : « L'utilité de ce moyen, disait le professeur de Pavie, ne vient pas de l'afflux de sérosité dans le lieu de son application, mais uniquement du point d'irritation qu'il y détermine, irritation qui suspend pour ainsi dire le travail morbifique en l'obligeant de changer de place. » M. Guersent n'a pas recours à ce moyen au début de l'inflammation palpébrale; il ne l'emploie que pour remédier aux accidens qui compliquent cette maladie; nous pensons même que généralement il préfère employer le séton, dont l'action est plus profonde et plus soudaine (s'il est permis de s'exprimer ainsi). M. Larget-Piet, mon collègue, m'a dit avoir vu mettre en usage, sur un petit nombre de sujets, les vésicatoires employés au début, dans le service de M. Bouneau, sans succès bien marqué.

Convient-il, dans la phlegmasie des paupières, de recouvrir ces voiles mobiles de cataplasmes émolliens ou autres? Nous n'avons pas vu employer un semblable moyen; mais si, dans les sciences médicales, il est permis de suppléer à des faits par un raisonnement, nous dirons qu'il semble préférable de faire de fréquentes lotions, de fréquentes fomentations sur la partie affectée, que de tenir pendant plusieurs heures sur celles-ci un cataplasme d'une certaine épaisseur, d'un poids toujours incommode, susceptible de s'imprégner du liquide puriforme exhalé sans cesse à la surface de la conjonctive, et de le retenir ainsi en un contact continuel avec les parties phlogosées. C'est en se fondant sur ces inconvéniens que M. Guersent s'abstient généralement de l'emploi des cataplasmes, et leur préfère des lotions fréquentes faites avec un collyre émollient, opiacé ou autre, suivant l'indication.

Ce serait ici le lieu de parler de la composition des collyres à employer. A l'exception d'un petit nombre de cas, Demours rejetait de sa pratique, notamment dans le traitement de l'ophthalmie, les applications de médicamens sur les yeux (ouv. cit., p. 240).

Si l'on en croit certains auteurs, et Weller en particulier, l'emploi de telle ou telle eau distillée, de tel ou tel astringent, serait d'une importance bien grande. Nous avouerons que nous n'avons pas assez de faits pour émettre ici une opinion, mais nous nous hasarderons à dire qu'il nous semble qu'on peut guérir bien des inflammations palpébrales sans multiplier tant les formules, sans attacher tant de foi à l'efficacité des sels de zinc dans tel cas, des sels de fer, ou de cuivre, ou de plomb, dans tel autre. Peut-être qu'ainsi nous confessons notre ignorance à bien des personnes; peut-être, pour d'autres, ferons-nous savoir que nos maîtres ont donné à notre éducation médicale une certaine portée philosophique, une nuance de pyrrhonisme, qui est souvent nécessaire quant on se livre à l'étude de la médecine.

Des emplâtres d'opium, de belladone, sont appliqués autour de l'œil sans avantage bien marqué.

Chez quinze malades au moins, nous avons vu mettre en usage des frictions faites avec une préparation mercurielle (mélange à parties égales de cérat de Galien et d'onguent mercuriel double), et nous n'avons été à même d'attribuer aucune influence, ni en bien ni en mal, à l'emploi de cet agent thérapeutique. Chez deux malades, l'onguent mercuriel double a été employé à l'état de pureté, sans efficacité plus marquée.

Déja M. Guersent avait tenté l'emploi de la compression dans le traitement de l'inflammation palpébrale; il n'en avait pas tiré grand résultat avantageux, quand il eut la bonté de nous permettre de l'employer chez un de nos malades. Le moyen dont M. Piorry (mém. cit.) a fait usage, et dont il a retiré quelques succès, échoua entre nos mains; mais la compression par nous a été emoloyée de la manière suivante: un plumasseau de charpie mollette fut appliqué sur les paupières malades, au deuxième jour du début de la maladie; il fut assujetti à l'aide de quelques tours de bandes, et le lendemain, vingt heures après l'application de cet appareil, nous pûmes remarquer que le mal avait marché sans entrave, comme dans les cas les plus ordinaires. Est-ce au mauvais emploi que nous avons fait de ce moyen, qu'il faut attribuer cet insuccès? Indiquons quelle est la méthode suivie par M. Piorry : compresse fenêtrée enduite de cérat sur l'œil; par-dessus, charpie fine, puis quelques compresses imbibées d'eau de guimauve; taffetas gommé pour en prévenir le dessèchement, et quelques tours de bande autour de la tête et sur l'œil malade, en cherchant à diriger la compression de bas en haut, en prenant autant que possible l'arcade orbitaire comme point d'appui pour agir sur la paupière supérieure, et en ne comprimant que légèrement sur l'œil d'avant en arrière. Depuis notre premier essai, nous avons eu recours au moyen indiqué par M. Piorry, dans le but de guérir un ectropion de la paupière inférieure. Après trois jours de tentatives, nous fûmes forcé de suspendre notre traitement par l'apparition d'un grand nombre de petites pustules très-douloureuses survenues à l'une et à l'autre paupière. Le malade se trouve aujourd'hui dans un état semblable à celui qu'il présentait avant l'emploi de la compression; l'ectropion n'est pas guéri.

Nous n'avons pas vu mettre en usage les purgatifs dans le traitement de l'inflammation palpébrale. Une fois nous avons eu recours aux applications froides sur les parties enflammées lors du début de la phlegmasie; sa marche n'a point été enrayée.

En résumant ce qui précède sur le traitement de l'inflammation palpébrale que nous avons observée, il reste constant pour nous qu'en général ce sont les émissions sanguines locales par les sangsues, les lotions fréquentes avec collyre émollient opiacé, les pédiluves chauds, qui, au début de l'affection, réussissent le plus fréquemment. Quant au traitement intérieur, il consiste en un peu d'abstinence, en l'usage d'une boisson acidule et de quelques lavemens s'il y a constipation.

## CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

*Néphrite; abcès; fistules rénales; guérison par la compression.*

Les abcès qui sont la suite de la terminaison par suppuration de la néphrite, ne s'épanchent pas toujours dans la vessie, et ne s'ouvrent pas toujous non plus dans l'intestin colon; ils viennent souvent paraître dans la région lombaire, et y déterminent une tumeur que l'on doit se hâter d'ouvrir avant que la fluctuation ne soit manifeste.

Si le chirurgien ne vient point au secours de la nature lorsqu'elle affecte cette tendance favorable, il se forme des trajets fistuleux qui s'ouvrent le plus souvent dans la région iliaque, quelquefois dans le gros intestin ou dans la cavite du péritoine. Lorsque ces fistules sont incomplètes, les urines s'épanchent ou s'infiltrent entre le péritoine et le tissu cellulaire qui environne le rein, forment des dépôts dans la région lombaire, et quelquefois dans des régions assez éloignées de leur orifice interne.

Une autre cause assez fréquente de la fistule rénale, c'est la formation d'un ou de plusieurs calculs dans cet organe, et qui, à cause de leur volume, n'ont pu être entrainés avec les urines par les uretères, qu'ils ont quelquefois bouchés en s'arrêtant à l'entrée. Il s'ensuit une rétention d'urine dans le rein, qui s'enflamme et passe à l'état de suppuration si l'obstacle persiste.

Un calcul hérissé de pointes irritant continuellement le rein, l'enflamme, produit des ulcérations dans le bassinet, détruit quelquefois le tissu parenchymateux de l'organe, et le réduit à une espèce de kyste renfermant dans sa cavité des calculs, noyés dans un mélange de pus et d'urine.

L'affection d'un malade couché au n° 36 de la salle Sainte-Marthe, paraît avoir été produite par la première des causes que nous avons énoncées plus haut. (La néphrite.)

Cet homme, qui est âgé de 29 ans, est doué d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique; il était instituteur dans une ville peu éloignée de Paris. (Blois.)

Il y a huit ans qu'il fut pris, sans cause appréciable, des symptômes d'une néphrite.

Il ressentit une douleur forte, pongitive, dans le côté droit, avec sentiment d'ardeur qui se prolongeait aux parties plus ou moins éloignées; (accidens qu'il nous a traduits en disant que des charbons ardens recouvraient tout ce côté du dos.) Les efforts qu'il

faisait pour uriner ou aller à la selle, rendaient la douleur plus vive; la pression extérieure, les mouvemens de flexion et d'extension du tronc donnaient lieu à peu d'accroissement dans cette tumeur.

Les douleurs augmentaient par le décubitus sur le dos, sur le côté opposé à la maladie, le coucher sur l'abdomen, tous les efforts violens de la respiration, tels que l'éternuement, la toux, etc.

Il fut bientôt pris de frissons irréguliers assez rapprochés les uns des autres; un mouvement fébrile se manifestait le soir et se prolongeait pendant la nuit.

La douleur gravative du rein avec sentiment de chaleur, de pesanteur, d'engourdissement, de stupeur de l'aine augmenta, et se changea en douleur pulsative.

Ces symptômes inflammatoires se prolongèrent pendant plusieurs jours, au bout desquels la fluctuation étant devenue apparente, le chirurgien de la ville pratiqua sur la tumeur une incision qui facilita l'écoulement d'une quantité considérable de pus.

Il tenta au bout de quinze jours la réunion de la plaie, qu'il n'obtint qu'incomplètement à l'aide de bandelettes agglutinatives. Il resta constamment, depuis cette époque, deux trajets fistuleux qui étaient entretenus par le passage continuel de l'urine, qui trouvait dans quelques circonstances (dans la supination) plus de facilité à passer par la fistule que par l'urètre.

Le malade paraissait condamné à porter cette fistule le reste de sa vie; tous les moyens généraux avaient été employés par son chirurgien et avaient échoué; il se détermina donc à venir chercher sa guérison à Paris, et fut reçu à l'Hotel-Dieu il y a plusieurs mois.

M. Dupuytren seconda en premier lieu les fistules pour s'assurer si elles n'étaient pas entretenues par quelque corps étranger arrêté dans leur trajet, puis, n'ayant rien trouvé, il chercha à obtenir la guérison à l'aide de la compression.

Les premières tentatives ne furent point entièrement infructueuses; au bout de vingt à vingt-cinq jours un des trajets fistuleux fut oblitéré, et la quantité d'urine qui s'écoulait par ce dernier diminua considérablement.

Aujourd'hui ce malade rend presqu'entièrement ses urines par l'urètre; ce n'est qu'au bout de 48 heures, et le matin, lorsqu'il a laissé beaucoup de liquide s'amasser dans la vessie, qu'il se fait un suintement par le seul trajet fistuleux qui reste, et dans lequel on a placé un trochisque (petit cylindre de nitrate d'argent). Un nouveau bandage a été appliqué, la forme de la pelotte a été modifiée. (un peu plus convexe.) On pense qu'il sera entièrement délivré sous peu de temps d'une infirmité aussi dégoûtante, et que l'air de la campagne achèvera de rétablir une santé affaiblie par de si longues souffrances.

## MÉDECINE LÉGALE.

### *Monomane condamné aux travaux forcés à perpétuité!*

Je viens de voir condamner, par le deuxième conseil de guerre, un homme atteint de l'aliénation mentale la mieux caractérisée.

Dunès, invalide, âgé de 49 ans, était accusé d'homicide volontaire avec les circonstances aggravantes de préméditation et de guet apens, sur la personne du général Fririon, directeur de l'Hôtel des Invalides.

Il a été constaté que cet homme, maigre, au teint pâle-jaunâtre, et dont la figure offre le caractère de la concentration, avait été renvoyé des douanes en 1826, comme atteint d'aliénation mentale.

Tous les témoins, à l'audience, ont déclaré qu'il était sombre, mélancolique, qu'il se plaignait de souffrir depuis sept ans, qu'il avait des ennemis acharnés à sa perte, etc.

« Vous êtes accusé, dit le président, d'avoir frappé d'un coup de couteau M. le lieutenant général Fririon.

» Cela n'est que trop vrai, répond Dunès, mais je ne savais pas que c'était le général Fririon; je croyais que c'était un autre monsieur nommé Damour, auquel j'ai à reprocher d'avoir fait périr mon frère et de me faire souffrir depuis sept ans... Quand j'ai demandé à M. Damour, maire de Tarascon, ce qu'était devenu mon frère, il m'a dit qu'il était aux fers, victime de Louis XVIII. Plus tard, ce M. Damour fit dire à mon frère que j'étais mort de chagrin, ce qui n'était pas vrai, et mon frère lui-même mourut de chagrin de me savoir mort.

» En 1826, pour mes services, on m'avait donné la croix de la Légion-d'Honneur, mais je n'ai jamais reçu le brevet, et c'est M. Damour et M. Laboulie, ex-procureur du roi à Aix, qui en sont la cause; je suis venu à Paris pour réclamer ce brevet et 1,500 fr. qui me sont dus depuis 1826.

» Ce M. Damour se trouvant à Paris, a dit à mon oncle que je me suis coupé le cou en me faisant la barbe, ce qui fit tant de peine à ce cher oncle, qu'il se jeta pour moi à la rivière. Ce même M. Damour a encore empêché à l'Hôtel des Invalides mon supérieur de me donner la croix, contre les ordres de M. le ministre de S. M.—Le jour que *cela* m'est arrivé, j'étais encore à jeûn; j'ai bu à deux heures pour six sous de vin blanc; alors j'étais égaré. J'ai vu passer ce monsieur, que j'ai cru reconnaître pour M. Damour, mon ennemi; je l'ai frappé comme ça, sans savoir ce que je faisais, et je me suis mis à courir comme un fou, comme un égaré que j'étais... Dans la matinée j'avais eu la pensée de me donner un coup de couteau dans le cœur, mais je calmai ma tête en mettant mes pieds dans l'eau froide, et en me lavant la figure..... Je voudrais mourir sur la fosse de mon frère, décoré de la Légion d'Honneur et mort à Toulon. Que S. M. Louis-Philippe me fasse conduire à Toulon; là je commanderai le feu moi-même... Voilà sept ans que je souffre... que M. Damour et l'autre d'Aix me persécutent. »

Tous les témoins sont unanimes sur ce point, que Dunès leur a paru avoir la tête exaltée, et ne pas jouir de ses facultés intellectuelles. A celui qui l'arrête après le crime, lâchez-moi, dit-il, ou ceux qui veillent sur moi vous feront mal; il ne paraissait pas se repentir, ajoute ce témoin; seulement il disait que c'était un coquin; il parlait de somme d'argent, de croix d'honneur, etc.

Un autre témoin, son voisin de lit depuis treize mois, déclare que Dunès accusait tout le monde de lui prendre ses papiers, d'intercepter ses lettres à la grille, de lui enlever tout plein de choses; il ne se liait avec personne; souvent, ajoute-t-il, il murmurait tout bas qu'il avait gagné la croix d'honneur, qu'on

ne la lui donnait pas ; il disait aussi que le général avait reçu son argent, et qu'il le gardait sans vouloir lui rendre compte.

Interrogé sur ce dernier fait, Dunès répond : Je disais que c'était le général, je ne savais pas qui ne voulait pas me le donner. J'avais entendu un soir dans le jardin deux individus que je ne connais pas, dire en se promenant : « Ils le font passer pour fou, mais c'est pour s'emparer de ses papiers, de sa malle et de ses 60 fr.; ils ne veulent pas non plus lui donner la croix. » J'entendis très-bien qu'ils parlaient de moi; alors je compris que ces messieurs d'Aix avaient intrigué pour me faire tort partout où ils pourraient arriver. C'était M. Damour qui manigançait tout ça contre moi... Certainement que je ne suis pas fou, j'ai été moi-même demander ma croix au roi quand il est revenu d'Anvers; je l'ai attendu au Bourget; il a pris ma pétition, et comme il était trop tard pour revenir à Paris, j'ai couché là. On punit un invalide à cinq jours de salle de police; hé bien! parce que c'était moi, on m'en donna pour huit jours. C'est M. Damour qui a monté tous ces messieurs contre moi. »

Ce malheureux, condamné aux travaux forcés à perpétuité et à la dégradation militaire, s'est écrié : Je veux la mort... Que mes pauvres parens viennent ici, ils verront si j'ai reçu l'argent.... on m'a volé mon argent.... et M. le ministre qui ne me donne pas la croix, malgré les ordres de M. le duc d'Orléans! Ce n'est pas le général que j'ai voulu frapper, j'en suis bien fâché..... c'est Damour! ce coquin de Damour!!! (Voir la *Gazette des Tribunaux* du 8.)

Il est inutile de le dire que tous ces faits rapportés imperturbablement par l'accusé, sont autant d'illusions de son imagination malade. Le tribunal lui-même avait la conviction du délire de Dunès, et ce qui le prouve, ce sont les circonstances atténuantes qu'il a admises, elles ne pouvaient être puisées que dans la folie, et il n'y en a pas d'autres, en effet, pour un homme qui frappe avec préméditation et guet-apens un vieillard sans défense, un vieillard dont le caractère plein de douceur et d'affabilité eût désarmé le scélérat le plus endurci.

Nous nous trompons fort, ou le conseil a pensé que pour que la démence fût une excuse, il fallait qu'elle fût complète, radicale et qu'elle fit divaguer sur tous les points, mais c'est là une erreur grave : la monomanie a toujours été admise comme excuse, surtout lorsque le crime commis se trouve dans le cercle ordinaire des illusions du malade.

Ce n'est pas le crime matériel que les lois punissent, dit Bellart, c'est l'intention de commettre le crime; ce n'est pas l'acte de la main, c'est celui de la volonté. Et nos lois civiles sont précises à cet égard. Il n'y a en effet ni crime, ni délit lorsque le prévenu est en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. (C. de P., art. 64.)

Eh bien, nous demandons s'il faut d'autres preuves de l'aliénation mentale de Dunès, que celles fournies par le procès même. Non, Dunès a succombé aux impulsions vicieuses de son intellect lésé.

Dunès est à mes yeux le type de la monomanie que M. Esquirrol appelle triste, ou lypémanie. La démence détruit la criminalité de l'action; donc ce malheureux devait être envoyé à Bicêtre, mais point aux bagnes!

Je sais qu'à cela, certains raisonneurs disent : peu importe que de pareils individus périssent sur l'échafaud ou meurent dans les bagnes, la société doit les rejeter comme des animaux malfaisans. « Mais, dit Gall, il importe à la famille de n'être point flétrie, et par quelle raison infliger des châtimens pour des actions qui ont été commises dans la manie? »

Une erreur commune aux gens du monde et qui me paraît avoir été partagée par le second conseil de guerre, c'est de croire que les aliénés ressemblent tous à des bêtes brutes qui n'ont ni souvenir, ni aucune espèce de sentiment et sont incapables de reconnaître une mauvaise action et d'en éprouver des remords. Beaucoup de malades, au contraire, se repentent très-sincèrement du mal qu'ils ont fait, et s'informent avec intérêt de la santé de ceux qu'ils ont pu blesser.

A plus forte raison les monomanes, qui sont raisonnables hors du cercle de leur délire partiel.

J'ai vu, je le déclare, avec un vif sentiment de douleur, des militaires trancher avec assurance sur la valeur de tel ou tel fait relatif à l'état de maladie de Dunès et prononcer consciencieusement un jugement inique; il me semble que dans des cas aussi difficiles, il serait convenable de faire appeler des médecins expérimentés et de ne point se hâter d'ordonner des supplices qui n'empêcheront pas les aliénés d'occasioner encore des malheurs.

Le Docteur F. L.

## HOTEL-DIEU.

### Service de M. Sanson aîné.

(Clinique des maladies des yeux.)

*Opthhalmie aiguë par l'impression d'un gaz irritant.*

Depuis trois jours, le nommé Johannot, maçon, d'un fort tempérament, âgé de 28 ans, travaillait dans une fosse d'aisance récemment vidée, lorsque portant sa pioche sur un pan de mur, il s'échappa aussitôt de celui-ci une grande quantité de gaz. Les rapports faits par le malade prouvèrent que ce gaz était ammoniacal et non hydro-sulfuré, puisqu'il n'avait point l'odeur caractéristique d'œufs pourris, mais bien une odeur piquante et suffocante.

Cet homme eût immédiatement des étourdissemens, de la toux; la respiration devint difficile, et dès-lors il ne put ouvrir les yeux, On le retira de la fosse, ou le transporta à l'Hôtel-Dieu, et il fut couché n° 44, Salle Sainte-Jeanne.

A la visite du 27 mars, c'est-à-dire le lendemain de l'accident, on remarque une photophobie complète. Injection de la conjonction palpébrale, rougeur très-prononcée de cette membrane, formée par un grand nombre de vaisseaux rouges s'irradiant sur la sclérotique et se dirigeant vers la circonférence de la cornée; en outre une grande quantité de larmes s'écoulent; les vaisseaux de la sclérotique présentent une teinte légèrement rosée, les paupières sont boursouflées. *Saignée du bras, pédiluves matin et soir, ablutions d'eau froide sur les yeux; diète.*

Le 28, le malade va beaucoup mieux. La conjonctive est moins rouge, le larmoiement presque nul; les paupières s'écartent un peu, et le boursouflement a disparu complètement; la sclérotique est dans un état normal.

Le 30, le malade est purgé (calomel et jalap).

Le 2 avril, il sort parfaitement guéri.

Il est inutile de rappeler ici les accidens auxquels donnent lieu les gaz renfermés dans les fosses d'aisance, ou qui ont filtré dans des crevasses formées dans la maçonnerie de ces lieux; mais il est bon de faire remarquer que chez notre malade il y a eu un larmoiement considérable, encore bien que la sclérotique ne fût que légèrement atteinte; ce fait combattrait l'opinion des pathologistes qui ont avancé que le larmoiement était un signe absolu de l'inflammation de la sclérotique. Il est plus raisonnable de penser qu'il était dû ici à l'inflammation extrêmement intense de la conjonctive.

En outre, cette observation vient confirmer l'absurdité de certaines personnes, dont toute la thérapeutique ophthalmologique roule sur l'ammoniaque préparé de cent façons, pur charlatanisme qu'il faut frapper sévèrement, car les résultats en sont graves. Déjà plusieurs malades sont venus à notre consultation d'ophthalmologie, nous déclarer qu'ils avaient complètement perdu la vue depuis qu'on leur avait fait des *injections ammoniacales* sur les yeux.

Nous ne prétendons point cependant avancer qu'on doive rejeter l'ammoniaque du traitement des maladies des yeux; mais classé parmi les moyens énergiques, il ne faut point être prodigue de son application et l'administrer sans raison et indistinctement contre toutes les affections des yeux.

Nous voulons prévenir indirectement, d'abord, les personnes qui en font un abus révoltant, et si cet avis était sans fruit, nous nous ferons un devoir de les nommer, en nous appuyant pour cela sur des faits.

## HOPITAL DE LA PITIÉ.

### Résumé des Conférences cliniques de M. Louis.

(Troisième article.)

*Pneumonie.*

Trente-sept malades ont été affectés de pneumonie; trente ont guéri, sept ont succombé. Les premiers étaient âgés, terme moyen, de 42 ans; les autres de 62 ans. Dans dix sept cas la phlegmasie avait son siége dans les lobes supérieurs; dans vingt cas elle occupait les lobes inférieurs du poumon; l'âge moyen de ces derniers était de 35 ans, celui des autres était de 54. Parmi ceux qui ont succombé, cinq étaient affectés de pneumonie des lobes supérieurs; chez deux seulement la phlegmasie siégeait dans les lobes inférieurs. Les uns étaient tout-à-fait bien portans au moment de l'invasion; les autres étaient affectés de catarrhe pulmonaire aigu ou chronique; quatre d'entre eux étaient atteints de tubercules.

*Symptômes communs.*

La maladie a débuté le plus souvent vers le soir et au milieu de la nuit, par un frisson plus ou moins violent, qui s'est répété dans quelques cas, qui a été suivi d'une chaleur vive de la peau, avec céphalalgie, douleurs contusives dans les membres, diminution des forces. Les symptômes ont persisté chez la plupart des malades, depuis 12 jusqu'à 36 heures; puis sont survenus une douleur de côté augmentant par la toux et par l'inspiration; des crachats peu abondans d'abord, très-visqueux, difficilement expectorés, quelquefois sanguinolens dès le début. Est venue ensuite l'accélération et la gêne de la respiration (de 40 à 45 inspirations par minute); la parole était brève, le décubitus varié, le bruit respiratoire, faible d'abord, cessait d'être vésiculaire ensuite, puis venait le râle crépitant et la bronchophonie; le son était obscur. En même temps le pouls était accéléré, la peau chaude en halitueuse, l'appétit nul, la soif vive, le ventre indolent, les selles rares, les urines de couleur rougeâtre; les symptômes persistaient pendant un temps variable. Si la maladie marchait vers une terminaison heureuse, les bulles de râle crépitant devenaient plus grosses, le son moins obscur, les symptômes généraux diminuaient d'intensité et finissaient par disparaître. Le malade était considéré comme convalescent du moment où il mangeait un huitième de la portion des hôpitaux.

Ici, comme dans les affections exanthématiques, nous observons un mouvement fébrile plus ou moins intense qui se prolonge depuis 12 jusqu'à 36 heures, sans aucun symptôme local; dans deux cas seulement il existait de la diarrhée; dans deux autres cas, des douleurs du pied avec raideur des extrémités inférieures.

Si maintenant nous reprenons chaque symptôme en particulier, nous verrons que le *frisson* initial n'a manqué que dans quatre cas. Il est survenu au milieu des circonstances les plus variées. Quelques malades ont été pris de frisson au milieu de leurs travaux. Chez le plus grand nombre c'est au milieu de la nuit qu'il est survenu.

La *douleur* n'a manqué que dans deux cas sur trente-sept. Chez trente-quatre sujets, c'est le premier symptôme local qui se soit manifesté. Elle a été rarement obtueuse, profonde, mais toujours vive, lancinante, augmentant par la toux, l'inspiration et la percussion. A l'aide de ce dernier moyen on s'est assuré qu'elle était rarement circonscrite à un petit point du thorax, ainsi que l'ont avancé plusieurs auteurs, mais au contraire qu'elle occupait toujours 4, 5, 6 et 7 pouces carrés d'étendue. Elle persista, terme moyen, sept jours un quart.

Le signe fourni par l'expectoration est pathognomonique.

Les *crachats* ont toujours été visqueux, aérés, adhérens au fond du vase. Chez trois sujets ils ont été sanglans 24 heures après le début des premiers symptômes. Chez les autres malades ils ont pris ce caractère à des époques variables. Lorsque des crachats rouillés, visqueux, etc. sont expectorés, et qu'il n'existe aucune douleur thoracique, on ne peut douter de l'existence d'une pneumonie centrale. Chez les individus atteints de pneumonie des lobes supérieurs, l'expectoration des crachats a persisté, terme moyen, pendant dix jours; chez ceux qui étaient affectés de pneumonie des lobes inférieurs, elle n'a duré que sept jours. Il est bon de se rappeler que ceux-ci étaient plus jeunes, et placés par conséquent dans des conditions plus favorables; ils n'étaient âgés, terme moyen, que de 35 ans, tandis que les autres étaient beaucoup plus avancés en âge, la moyenne étant de 54 ans.

La *crépitation* n'a manqué que chez un seul sujet; elle a persisté pendant un temps variable; quatorze jours dans les cas de pneumonie des lobes supérieurs, et dix jours dans la phlegmasie des lobes inférieurs.

Elle révélait toujours la marche progressive de la maladie. Très-circonscrite lorsque les malades entraient à une époque voisine du début, elle envahissait bientôt les parties voisines. Dans le cas où la crépitation a manqué, les crachats offraient plus de viscosité que chez tous les autres sujets. Le son était mat, et l'on n'entendait pas non plus de bronchophonie ; il est probable que les crachats visqueux s'opposaient à l'introduction de l'air dans les vésicules bronchiques, dont ils ne se détachaient qu'avec difficulté.

Le *souffle bronchique* a duré dix-neuf jours dans la pneumonie des lobes supérieurs, et dix-huit jours dans celle des lobes inférieurs. Il persistait chez quelques sujets même pendant la convalescence.

La *bronchophonie* a duré, terme moyen, vingt-un jours dans la phlegmasie des lobes supérieurs, et quinze jours, dans le cas contraire.

Le *son mat* a été constaté dans quelques cas à une époque voisine du début. Trois sujets ont présenté ce phénomène quatorze heures après l'invasion des premiers accidens Il a été observé, terme moyen, pendant dix-huit jours.

L'*égophonie* n'a été entendue que dans un très-petit nombre de cas.

Le pouls a présenté plus de 100 pulsations chez douze sujets seulement. Du côté des fonctions digestives, nous n'avons observé que l'inappétence, une soif plus ou moins vive. La langue, ordinairement humide et couverte d'un enduit blanchâtre, a été sèche, dure, raccornie et fendillée dans trois cas.

La *couenne* inflammatoire du sang n'a manqué que dans un seul cas. Le caillot du sang fourni par le sujet était mou, diffluent.

*Des phenomènes secondaires* ont été observés quatorze fois sur trente Ils se sont montrés à des époques variables de la maladie. C'étaient des diarrhées plus ou moins abondantes, des épistaxis, un *eczema*, un *herpes labialis*, une sueur abondante. Leur apparition n'a pas toujours coïncidé avec une amélioration des symptômes, ce qui ne permet pas de les considérer comme des crises. Dans un cas où une épistaxis abondante eut lieu, il y avait eu une amélioration marquée depuis deux jours.

### *Traitement.*

Les moyens actifs qui ont été mis en usage, sont la saignée, le tartre stibié et les vésicatoires. Sous l'influence de la saignée la céphalalgie a disparu dans un grand nombre de cas. Mais il n'en a pas été ainsi de la douleur pleurétique, de la crépitation, de l'expectoration et des autres symptômes. Ils ont toujours persisté pendant plus ou moins long-temps, malgré l'emploi de larges saignées. Quelquefois, les crachats qui étaient incolores au début, devenaient sanguinolens après l'emploi des émissions sanguines. Quoique M. Louis soit convaincu qu'on ne peut *juguler* une pneumonie avec des saignées, il n'en regarde pas moins ce moyen thérapeutique comme un des plus propres à abréger la durée de la pneumonie. Chez les individus qui ont été saignés avant le quatrième jour, cette affection a duré, terme moyen, 16 jours. Sa durée a été, au contraire, de vingt jours chez les individus qui n'ont été soumis aux émissions sanguines qu'après le quatrième jour. L'analyse de quarante autres faits recueillis par M. Louis, à l'hôpital de la Charité, l'a conduit à peu près au même résultat. La durée de la maladie a été de quinze jours dans un cas, et de vingt jours dans l'autre. C'est à tort qu'on a accusé M. Louis de proscrire la saignée du traitement de la pneumonie. Il la pratique journellement, et il en recommande vivement l'emploi à ses élèves.

*Tartre stibié.* Seize malades ont été soumis à l'emploi de la médication contre-stimulante. Chez eux la maladie a été de plus longue durée. On n'a eu recours au tarte stibié, que lorsque les saignées ont été insuffisantes. La diarrhée a eu lieu dans 14 cas et les vomissemens dans 12 cas. Les troubles des voies digestives ne tardaient pas à disparaître. A l'époque où l'on commença l'usage de la potion stibiée, il existait un son mat, de la bronchophonie et du souffle tubaire. Deux jours après l'emploi de ce moyen une amélioration eut lieu treize fois sur quinze. La diarrhée ne cessait alors qu'en augmentant la dose du tartre stibié. Il n'est pas possible d'attribuer un effet simplement révulsif à l'émétique. M. Louis en a continué l'emploi pendant trente-huit jours chez un malade, la diarrhée a cessé au bout de trois jours, et les voies digestives n'ont donné à aucune époque des signes d'irritation. A l'ouverture des cadavres qui ont succombé après l'emploi de cette médication, M. Louis n'a jamais observé des traces d'inflammation gastro-intestinale. Il a prescrit le tartre stibié à la dose de 6, 8, 10, 12, 18 grains dans une potion aromatique, à laquelle il ajoutait le plus souvent une once de sirop diacode, ou un grain d'extrait gommeux d'opium.

*Vésicatoire.* M. Louis ne croit pas utile l'emploi des épispatiques dans le traitement des phlegmasies aiguës du parenchyme pulmonaire. Comme des accidens secondaires variables en intensité se manifestent sous l'influence du mouvement fébrile, il pense qu'une inflammation artificielle ne peut qu'augmenter la fièvre au lieu de la diminuer. Il n'a employé le vésicatoire que chez deux individus, et dans ces deux cas la maladie a été de plus longue durée.

*Le pronostic* se tire principalement de l'âge du malade et de l'étendue de la phlegmasie. La pneumonie est, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus grave chez les vieillards que chez les adultes. Parmi les sept individus qui ont succombé, un seul était âgé de 41 ans. Tous les autres avaient dépassé 60 ans.

## HOTEL-DIEU.

### Service de MM. Husson et Dupuytren.

*Ramollissement de tout le système osseux, par suite de fracture pendant la vie de plusieurs membres ; mort ; autopsie.*

Il y a une vingtaine d'années que fut reçu à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine, un homme âgé de trente-cinq ans, valétudinaire depuis long-temps.

Un matin, voulant descendre de son lit pour aller à la selle, il se cassa la cuisse. Sa faiblesse et sa mauvaise constitution furent cause que la fracture fut mal réduite, et l'obligèrent de rester au lit pendant très-long-temps par la seule impuissance où il était de marcher.

Un jour, pendant qu'on faisait son lit, et qu'on le maniait avec toute la précaution possible (car au moindre attouchement il souffrait beaucoup), il se plaignit de nouveau qu'il avait la cuisse cassée. On crut que c'était une vision, et on se contenta de le

mettre dans une situation aussi favorable que le pourrait permettre le triste état où il était.

Enfin il mourut cinq ou six jours après, et on reconnut en effet qu'il y avait une seconde fracture au-dessous de la première.

Tel est le cas en tout semblable que nous avons rencontré chez une malade couchée dans le service de M. Husson (Salle Saint-Charles, n° 28).

Cette femme était âgée de 65 ans, d'une constitution usée et évidemment cancéreuse. Non-seulement tout le système osseux était ramolli, mais encore les parties molles, dans plusieurs parties du corps, offraient des traces d'altération, et se déchiraient avec la plus grand facilité.

Elle entra à l'hôpital pour une affection catarrhale, et c'est quelques jours après, *que voulant se tourner dans son lit, elle se fractura la cuisse.*

Elle vécut encore quelque temps, et succomba quatorze jours après son entrée à l'hôpital.

M. Husson ayant bien voulu que l'autopsie de cette malade fût faite en présence des élèves, son cadavre a été apporté à la clinique et soumis à l'inspection anatomique.

Corps réduit au dernier degré de marasme, mais non encore putréfié.

Ramollissement de tout le système osseux.

Les deux os de l'avant-bras ont pu être fracturés sans beaucoup d'effort. Les deux cuisses, un bras et une jambe paraissaient avoir été fracturés pendant la vie, car le plus grand soin avait été mis à leur transport de la salle des autopsies à la clinique.

Les os avaient subi un tel ramollissement que le scalpel les pénétrait avec la plus grande facilité, et par son seul poids.

Ce résultat a fait dire au professeur que le vice cancéreux ne borne pas toujours ses ravages aux parties molles du corps humain, mais encore qu'il ne fait souvent succomber les malades qu'après avoir envahi les tissus les plus durs de leur organisation.

*Sarcocèle développé par suite d'une cause accidentelle; castration; guérison.*

De toutes les maladies qui attaquent le testicule, la plus grave et la plus fâcheuse est sans contredit le sarcocèle, puisqu'il entraîne ordinairement la perte de cet organe, et cause souvent la mort des malades.

On sait que dans cette maladie, le testicule augmente de volume, devient dur, squirrheux, et très-souvent par la suite carcinomateux. C'est le résultat d'une dégénérescence propre du testicule.

Les causes du sarcocèle sont externes ou internes.

On range ordinairement parmi les causes externes les suivantes : la contusion ou froissement du testicule par un coup, ou une chute sur cet organe; un long ou violent exercice, un effort pour lever un fardeau ou pour franchir un grand espace en sautant; une compression long-temps soutenue d'un cordon spermatique par un bandage herniaire, etc.

Quant aux causes internes qui peuvent occasioner cette maladie, on doit classer parmi ces dernières : le vice vénérien, scrofuleux, surtout cancéreux.

Ces causes ont une manière d'agir qui est à peu près la même : elles produisent l'inflammation plus ou moins grande du testicule. Cette inflammation prend ensuite la terminaison qui donne naissance au squirrhe.

La cause qui a donné lieu au développement de cette affection chez un petit malade couché à la salle Sainte-Marthe, est, suivant les parens, une cause externe. (L'enfant serait tombé à cheval sur une pièce de bois.)

Cette contusion détermina une vive inflammation qui fut suivie d'induration, parce qu'il paraît qu'on négligea de suivre un traitement convenable. En effet, la mère ayant rappelé ses souvenirs, a dit qu'après l'accident on se contenta d'appliquer des répercussifs sur la partie enflammée.

La terminaison par induration ayant eu lieu, presque tous les phénomènes de l'inflammation disparurent dans la partie, laquelle diminua médiocrement de volume, devint insensible, et acquit en même temps une dureté plus grande qu'auparavant.

Les parens craignant que cette tumeur ne compromît l'existence de leur enfant, et conseillés par un praticien des environs de la capitale, l'amènèrent à Paris et le présentèrent à l'Hôtel-Dieu. Il fut donc reçu et couché à la salle Sainte-Marthe.

En considérant sa santé générale, on était très-éloigné de croire à l'existence d'un sarcocèle.

En effet, quoique âgé seulement de quatre ans, il paraissait en avoir six. Il était d'une constitution des plus robustes; son facies était brillant de santé, ses joues rebondies, colorées, venaient éloigner toute idée d'affection cancéreuse; aussi, malgré l'absence du signe caractéristique de l'hydrocèle (*la transparence*), le professeur avait-il persisté à croire que l'enfant était affecté de cette dernière maladie. Une ponction explorative leva tous les doutes, car elle donna pour résultat un écoulement sanguin et pas de liquide.

Le chirurgien procéda de suite à l'opération. Le testicule, qui était triplé de volume, fut enlevé, après l'avoir incisé lui-même pour éviter toute espèce d'erreur.

Ce n'est qu'après cette dernière exploration que la ligature qui entourait le cordon fut serrée avec soin. Cette partie de l'opération causa la plus vive douleur au petit malade, et cependant il ne l'exprima qu'en criant de lui ôter l'épingle qui était dans ses bourses.

Il fut reporté à son lit et veillé avec soin. Le soir, quelques accidens se déclarèrent; dans la nuit l'enfant éprouva de l'agitation, du délire, que l'on crut devoir attribuer un instant à la trop grande constriction exercée par la ligature sur le cordon. Cependant on ne s'est pas vu forcé de la desserrer, et le petit malade, après quarante-huit heures de fièvre, entra en convalescence.

L'examen du testicule donna pour résultat un tissu blanc lardacé parvenu au dernier degré de dégénération.

L'enfant a été remis à ses parens parfaitement guéri.

## COLONIE ET HOPITAL MILITAIRE D'ALGER.

*Nouveaux procédés opératoires pour les amputations; par* M. Baudens, *chirurgien major et professeur à l'hôpital d'Alger.*

*Amputation coxo-fémorale.*

Morand, le premier, conçut l'idée de l'extirpation de tout le membre pelvien; mais cette opération ne prit réellement rang parmi les nombreuses découvertes dont l'art s'est enrichi, qu'en 1756, époque à

laquelle l'académie de chirurgie couronna le mémoire de Barber.

Comme presque toutes les amputations en général, la désarticulation de la cuisse se pratique d'après les méthodes oblique, circulaire et à lambeaux.

Guthrie est l'auteur de la méthode oblique; la méthode circulaire est due à Gresse et à Weitch; la méthode à lambeaux, qui est généralement préférée, a été modifiée par un bon nombre de chirurgiens, et principalement par MM. Larrey, Delpech, et Béclard. C'est sur elle que portent les perfectionnemens que je crois avoir fait subir à l'amputation coxo-fémorale.

M. Larrey lie au préalable l'artère crurale, pratique un lambeau interne long de six pouces environ, luxe le membre en dehors, et termine par la formation d'un lambeau externe. Quelques chirurgiens font comprimer l'artère sur la branche horizontale du pubis, et se dispensent de la ligature préalable de ce vaisseau; mais si l'on songe au grand nombre de gros troncs artériels dont cette opération nécessite la prompte ligature, on concevra les avantages de la méthode de M. Larrey, d'autant plus que l'incision préliminaire exigée pour la ligature, ne saurait constituer une double opération, comme on l'a dit, puisqu'elle est faite selon le trajet qui plus tard sera parcouru par le couteau du chirurgien.

A l'exemple de M. Bassor, M. Lisfranc rejette la ligature préalable de l'artère, commence par la formation du lambeau externe, taille le lambeau interne et désarticule en coupant circulairement la capsule fibreuse; mais chacun sait que la présence du grand trochanter gêne singulièrement l'action de l'instrument, d'où il résulte que le lambeau externe est toujours maigre et peu en harmonie avec le lambeau interne. Voilà pour la méthode à deux lambeaux, interne et externe.

Delpech ne conserve qu'un seul lambeau interne long de huit pouces, luxe le membre en dehors comme M. Larrey; mais au lieu de former un lambeau externe, il coupe les chairs de la fesse de dedans en dehors sur le niveau de l'épine antérieure et supérieure.

Béclard pratiquait deux lambeaux, mais l'un antérieur et l'autre postérieur, ayant chacun environ six pouces de longueur; cette méthode est incontestablement plus facile et plus expéditive que toutes les autres, surtout à cause de la facilité très-grande de luxer le membre en arrière, et d'éviter ainsi le grand trochanter; mais on lui reproche avec raison d'être défavorable à l'écoulement de la suppuration, et de donner une cicatrice médiane sur laquelle doit nécessairement porter le cuisson.

Ces objections tombent devant le procédé opératoire que je propose, et il m'a suffi de faire subir à la méthode de Béclard les modifications que Delpech a apportées à celles de M. Larrey.

En effet, le malade étant couché sur le dos, le bassin appuyé sur le bord du lit, le chirurgien, placé au côté interne du membre préalablement fléchi, s'il opère sur le côté droit, enfonce le couteau à la partie interne et à un pouce de distance du sillon qui le sépare du périnée, de manière à raser la partie antérieure du col et de la tête du fémur, fait ressortir l'instrument au milieu de l'espace compris entre le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et inférieure, et taille ensuite un lambeau antérieur long de sept pouces. Un aide relève et retourne le lambeau sur sa base, en comprimant en masse tous les tubes artériels. La capsule articulaire incisée, ainsi que le ligament rond, le membre est luxé en arrière, et les chairs de la partie postérieure sont coupées en un seul temps dans le sillon qui sépare les régions fessière et crurale. Opère-t-on sur le membre gauche, il faut se placer en dehors, et plonger le couteau par le côté externe pour le faire ressortir en dedans sur les limites précités, en ayant soin de faire relever les testicules.

*Nouveau mode opératoire pour l'amputation tibio-fémorale.*

Quand on oppose les succès aux revers obtenus à la suite de l'extirpation de la jambe, on s'étonne de l'oubli dans lequel cette opération est tombée.

Fabrice de Hilden-Hoin, de Dijon, et à une époque plus rapprochée de nous, J.-L. Petit, l'ont mise en pratique de la manière la plus heureuse: pourquoi donc les faits susceptibles d'être invoqués en sa faveur sont-il restés muets? La crainte tant exagérée par les chirurgiens modernes, de laisser des surfaces articulaires au centre du moignon, peut seule nous en fournir la cause. Mais aujourd'hui que le parallèle entre les amputations dans la contiguité et celles dans la continuité, tend de plus en plus à démontrer que les premières offrent plus de chances de succès, ne convient-il pas de faire rentrer l'amputation tibio-fémorale dans le domaine de la chirurgie. Pour nous, jusqu'à ce que l'expérience ait infirmé notre opinion, toutes les fois que nous aurons à choisir entre elle ou l'amputation de la cuisse, nous lui donnerons la préférence.

Il n'existe qu'une seule méthode pour la désarticulation tibio-fémorale; elle consiste dans la formation d'un seul lambeau postérieur long de six pouces, en conservant la rotule. Brasdor conseille de l'enlever, mais Sabatier le blâme avec raison. Les inconvéniens de cette méthode sont les suivans:

1° Le lambeau ramené en avant sur les surfaces articulaires pour être fixé par des bandelettes agglutinatives au-dessous de la rotule, s'oppose à l'issue facile du pus, alors même qu'on pratique une boutonnière à sa base, ce qui d'ailleurs complique l'opération; de là résulte de graves accidens, tels que fusées purulentes dans la cuisse, résorption du pus.

2° Elle ne permet pas d'obtenir une réunion immédiate, parce que la portion charnue comprise dans le lambeau, et appartenant au muscle solaire, privée de son attache supérieure et de ses vaisseaux nourriciers, tombent en gangrène.

Notre méthode n'offre point ces inconvéniens.

Le malade est couché sur le bord de son lit comme pour l'amputation de la cuisse, vous tirez avec la plume, à partir de la crête du tibia, et à trois travers de doigt au-dessous du ligament rotulien, un trait qui doit être ramené obliquement en arrière, de bas en haut, vers l'espace poplité, et terminé à deux travers de doigt seulement au dessous d'une ligne correspondante au ligament rotulien. Un aide tire en haut les tégumens du genou, qu'il embrasse circulairement avec les deux mains, et le chirurgien en fait la section à l'aide d'un couteau porté sur les limites de l'ovale qui vient d'être tracé.

On relève à l'instant la peau jusqu'à la hauteur des surfaces articulaires, entre lesquelles on plonge

l'instrument à plein tranchant, en coupant successivement les ligamens rotuliens latéraux, croisés, postérieurs, et les parties molles du creux poplité. On affronte en long les lèvres de la plaie, et rien ne s'oppose à la réunion par première intention.

De la section ovalaire résulte une moindre étendue de tégumens dans l'angle inférieur de la plaie du moignon, et par suite un hiatus propice à l'écoulement de la suppuration et à l'exfoliation des cartilages, qui d'ailleurs peuvent être résorbés en partie, sinon en totalité.

Que si l'on objecte à la méthode que je propose le défaut de parties charnues pour masquer les surfaces articulaires, eh bien, l'on pourra, si l'on veut, utiliser les extrémités supérieures des muscles jumeaux, et voici comment : dans le premier temps opératoire, on divisera non-seulement la peau, mais encore toutes les parties molles jusqu'aux os, l'aide relevera en masse, et jusqu'à la hauteur de l'article, tous les tissus divisés; on plongera le couteau entre les surfaces articulaires; mais au moment où le ligament postérieur aura été divisé, on ramènera l'instrument en bas, de manière à respecter les fibres musculaires les plus postérieures appartenant aux jumeaux, et à enlever au contraire celles du muscle solaire, situées au-devant d'elles.

*Nouveau mode opératoire pour l'amputation huméro-cubitale.*

Comme la précédente, cette opération est aujourd'hui encore sous l'influence d'injustes prétentions, malgré les succès obtenus par Brasdor et M. Dupuytren, malgré l'avantage qu'elle présente d'être pratiquée plus loin du tronc que l'amputation du bras, et de conserver intacte une plus grande portion du membre supérieur.

Il n'existe que la méthode de Brasdor, légèrement modifiée par M. Dupuytren, pour l'extirpation de l'avant-bras; aussi, en songeant que le génie chirurgical, d'ailleurs si fécond, n'a pour ainsi dire rien produit en faveur des amputations huméro-cubitale et fémoro-tibiale, on est tenté de se demander si cette cause ne concourt pas puissamment à les discréditer.

Brasdor plongeait le couteau à dix lignes au-dessous des condyles de l'humérus dans les muscles de la région anti-brachiale, rasait les os, formait un lambeau long de quatre à cinq travers de doigt, et désarticulait en enlevant l'olecrâne. M. Dupuytren scie cette extrémité osseuse pour la conserver, combinant ainsi l'amputation dans la contiguité avec celle dans la continuité.

Cette méthode opératoire est absolument la même que celle de l'extirpation de la jambe; toutefois elle est ici moins défectueuse dans ses suites, parce que le lambeau antérieur, ramené et fixé en arrière, ne saurait nuire à l'écoulement de la suppuration, et qu'il reçoit suffisamment de nutrition pour ne pas faire craindre qu'une portion des fibres musculaires qui le compose tombe en grangrène, mais en raison de leur grande épaisseur.

Ces mêmes fibres musculaires sont difficilement masquées par les tégumens; elles offrent de plus une large surface qui devra nécessairement s'enflammer, et accumuler ainsi une plus grande somme de chances défavorables.

Voici mon procédé opératoire : Le malade est assis sur une chaise peu élevée, l'avant-bras affecté placé dans la supination. L'artère brachiale est comprimée sur la face interne de l'humérus; alors le chirurgien, placé en dedans s'il opère du côté gauche, et en dehors s'il opère sur le bras, trace avec la plume et sur les tégumens un ovale commencé sur le bord antérieur du radius, quatre travers de doigt au-dessous du pli du bras et terminé sur le bord postérieur du cubitus à trois travers de doigt au-dessous de ce même pli, incise, sur les limites tracées, la peau qui à l'instant se rétracte de dix-huit lignes par la section des brides cellules ses sous cutacés, en la tirant en haut avec la main gauche qui l'embrasse circulairement, coupe de suite tous les muscles jusqu'au tissu osseux, relève en forme de cône ces parties charnues dont il divise les fibres les plus profondes, circulairement en pénétrant du même temps entre les surfaces de l'humérus, du radius, et achève la désarticulation en coupant les ligamens et les fibres du muscle triceps, fixées au sommet de l'olécrane. Abandonnées à leur propre poids, les parties molles viennent masquer les surfaces articulaires, et former un cône creux, dont le sommet est représenté par l'extrémité inférieure de l'humérus, et il ne reste plus qu'à les réunir en long; après avoir fait la ligature des tubes artériels, la section ovalaire de la peau laisse ici, comme pour l'amputation tibio-fémorale, une moindre quantité de peau dans l'angle inférieur de la plaie, et par suite un écoulement facile aux humidités qu'elle doit fournir.

Nous pensons, avec la grande majorité des chirurgiens, qu'il convient d'enlever l'olécrane, parce qu'ici sa présence est loin d'offrir des avantages analogues à ceux que donne la conservation de la rotule, lors de l'extirpation de la jambe.

*Modifications apportées aux amputations de la jambe et de l'avant-bras.*

Il est digne de remarque que les souffrances continues avec exaspération à l'époque des changemens de temps, dont est atteint un assez bon nombre d'amputés, se rencontrent précisément chez les sujets dont le moignon offre une saillie osseuse, recouverte uniquement par la peau. On conçoit, dès-lors, comment les renflemens olivaires, formés par les extrémités nerveuses, situés à quelques lignes au-dessous des tégumens, et continus avec la cicatrice par un prolongement cellulaire, de nature très hygrométrique, augmentent de volume quand l'atmosphère est chargée de vapeurs, et font naître de vives douleurs par leur compression entre l'extrémité osseuse et la cicatrice.

Ajoutons que les amputés sont sujets à voir leur plaie se déchirer et s'ouvrir soit naturellement, soit après le moindre choc, et que les tégumens voisins sont souvent le siége d'inflammation chronique, d'aspect dartreux.

Frappé de ces graves inconvéniens, j'ai pensé que le seul moyen de les faire disparaître consiste dans la conservation des parties charnues, destinées à matelasser le moignon, et devant se loger entre les extrémités osseuses et la cicatrice.

C'est dans cette vue que j'ai cru convenable de modifier les amputations de la jambe et de l'avant-bras, opérations dans lesquelles les muscles et les os sont divisés sur le même plan, lorsqu'on suit les méthodes connues jusqu'à ce jour.

1o *Amputation de la jambe.*

*Premier temps.* Couper en forme d'ovale et à cinq travers de doigt au-dessous de la crête du tibia les tégumens qu'on relève de suite à la hauteur de deux pouces par la division des cellulaires sous jacentes.

*Deuxième temps.* Diviser les muscles au-dessous de la peau rétractée, et circulairement jusqu'aux os.

*Troisième temps.* Inciser à un pouce de hauteur leurs fibres fixées sur les faces latérales du tibia et du péronée, de manière à obtenir deux lambeaux musculaires, dont l'écartement permette de scier les os sur un plan plus élevé.

*Quatrième temps.* Déterminer le 8 de chiffre avec le couteau, engager la compresse.

*Cinquième temps.* Scier les parties dures le plus haut possible.

2o *Amputation de l'avant-bras.*

*Premier temps.* Inciser en forme d'ovale le tissu cutané, et le relever à la hauteur d'un pouce et demi.

*Deuxième temps.* Couper les muscles de dedans en dehors en enfonçant le couteau, le tranchant dirigé en haut, près de la peau rétractée, et prolonger son action, à douze lignes au-delà de celle-ci en lui faisant raser les os, relever brusquement l'instrument vers les parties superficielles, mais au niveau même des tégumens.

*Troisième temps.* Écarter les deux lambeaux charnus, faire le 8 de chiffre et scier les os.

Ces procédés opératoires combinent le mode circulaire et à lambeaux, empruntant à chacun d'eux les avantages qu'il présente ; ils diffèrent, comme on le voit, dans leur exécution; le conseil de couper les muscles de l'avant-bras de dedans en dehors, appartient à M. J. Cloquet ; il me paraît avantageux.

Par ce moyen, on obvie à la difficulté de couper nettement les chairs superficielles, en raison de la grande quantité de tendons qui s'y trouvent confondus.

On sait qu'il est de règle de commencer par former le lambeau antérieur, afin de pouvoir former le lambeau postérieur, d'un volume égal au premier.

Dans l'une et l'autre opération on obtient un cône musculaire, dépassant les os d'un pouce destiné à former un coussin protecteur contre tout choc extérieur, et susceptible de se laisser déprimer, lors de l'augmentation de volume, des extrémités nerveuses; j'ai pratiqué quatre fois l'amputation de la jambe ainsi modifiée, et les résultats sont venus confirmer mes prévisions.

Alger, le 15 avril 1833.

Le chirurgien-major, L. Baudens, D.-P.

*P. S.* Ces procédés opératoires, je les ai imaginés depuis plusieurs années, et je les démontre publiquement dans mes cours depuis près de quatre ans. Je n'avais l'intention de les livrer à l'impression qu'avec des faits à l'appui ; et si aujourd'hui j'ai changé d'opinion, c'est parce que je viens de voir, dans la chirurgie opératoire de M. Velpeau, plusieurs modifications qui ont avec celles que je propose une ressemblance assez grande.

Il est deux manières de livrer à la publicité ses productions : 1o Par la voie de la presse, 2o par les leçons publiques. J'ai fait choix jusqu'ici de ce dernier mode; et, à ce titre, je réclame la priorité pour l'invention des méthodes opératoires que je viens d'exposer par votre organe.

## HOTEL-DIEU.

Service de M. Sanson aîné.

( Clinique des maladies des yeux. )

*Ophthalmie rhumatismale avec ulcération de la cornée.*

Perrier, âgé de 38 ans, employé depuis dix ans dans une chapellerie comme lustreur, est exposé à recevoir plus de mille fois par jour, sur les yeux, la chaleur du carreau dont on se sert pour donner le brillant au feutre.

Pour la première fois, vers la fin de janvier dernier, il ressentit de la douleur dans les yeux ; ils étaient rouges, larmoyans depuis une quinzaine de jours seulement ; tous les matins ses paupières étaient fortement accolées.

Il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 23, le 1er mars dernier.

A son entrée les deux yeux sont affectés avec la même intensité On aperçoit sur la sclérotique un cercle rouge d'où partent, en rayonnant vers la cornée, des vaisseaux injectés d'un rouge vif, mais plus prononcé encore à la partie supérieure de cette zône. Ces vaisseaux convergens empiètent très-visiblement sur la cornée, où l'on remarque une ulcération grisâtre et sans opacité, de deux lignes de longueur sur une ligne et demie de largeur, et qui occupe le bord supérieur et externe de cette membrane.

Il existe du larmoiement, la vue est trouble et les yeux sont sensibles à la lumière; la pupille est resserrée, la couleur de l'iris n'a point changé.

*Saignée du bras; repos; diète; boissons émollientes.*

Le 4, l'inflammation locale paraît dissipée dans une assez grande étendue.

30 *sangsues autour des malléoles.*

Le 9, l'œil droit semble débarrassé de l'ulcération de la cornée ; elle persiste toujours à l'œil gauche, mais déjà elle offre moins de surface. Il y a encore un peu de rougeur et de larmoiement.

Le 12, *un vésicatoire à la nuque.*

Le 16 enfin l'œil gauche à son tour devient très-transparent, et le malade sort entièrement guéri le 18 mars.

Il était à craindre de voir cette affection récidiver si le malade reprenait son emploi habituel. Cette prévision n'était point mal fondée, puisque quinze jours après sa sortie, il fut reçu de nouveau dans la salle Sainte-Jeanne. Les symptômes étaient les mêmes que la première fois, moins les ulcérations de la cornée. Le même traitement, augmenté de purgatifs (*jalap et calomel*), a été employé : il sort après un court séjour dans de bonnes conditions, et cependant les mêmes causes existant toujours, il restera encore sous le coup de récidives plus ou moins nombreuses

*Ophthalmie avec ramollissement de la cornée.*

Duval ( Florimont ) âgé de 19 ans, serrurier, d'un fort tempérament, il y a deux mois, sans cause appréciable, ressentit dans l'œil gauche une douleur cuisante qui augmentait de jour en jour. L'œil est continuellement humide, il existe une rougeur assez intense du globe oculaire; il y a de la photophobie.

Il entre le 6 mars à la salle Sainte-Jeanne, on le couche au lit no 29.

L'œil gauche examiné, on aperçoit les vaisseaux de la sclérotique très-injectés, d'un rouge vif; le malade est très-sensible à la lumière.

La cornée n'est plus lisse comme elle doit l'être; elle est dépolie, comme sablée.

Les vaisseaux de la sclérotique se dirigent vers la cornée, s'arrêtent brusquement à sa circonférence et ne laissent point apercevoir autour de cette membrane un cercle blanc qui existe toujours, lorsque ce sont les vaisseaux de la cornée qui sont enflammés.

Les vaisseaux ne sont pas évidens sur la cornée transparente, mais il y à la circonférence une légère opacité, une espèce de nuage ou néphelion qui empêche le malade de voir nettement les objets, encore bien qu'il en distingue grossièrement les formes et les couleurs.

En outre, vers le centre de la cornée, on observe une tache d'une très petite étendue, blanchâtre et comme albumineuse, irrégulière, d'une opacité égale dans toute son étendue, et qui paraît n'occuper que les couches superficielles de cette membrane.

*Saignée du bras, bains de pieds matin et soir; boissons rafraichissantes; repos; diète.*

Le 14 mars, le néphelion a presque complètement disparu.

Le 15, céphalalgie; pouls un peu fréquent.

Le 16, *saignée de bras de trois palettes.*

Le 17, *séton à la nuque.*

Le 20, une amélioration très-notable est observée dans la tache opaque qui avoisine le centre de la cornée, elle a moins d'étendue. *Même traitement.*

Le 21, il n'y a presque plus d'opacité.

Le 22, le malade veut sortir malgré le conseil qu'on lui donne de patienter encore quelque jours.

Il sort le 23 présentant à peine de l'opacité sur la cornée.

On a paru reconnaître, chez le malade qui a fourni cette observation, une ophthalmie compliquée de néphelion et d'une légère opacité, dépendant du ramollissement de la cornée, et l'un occupant le centre de cette membrane et l'autre sa circonférence.

Le nuage ou néphelion n'a produit, pour sa part, qu'un obscurcissement incomplet de la vue, tandis que le point opaque a diminué le champ de la vision.

Lorsqu'une opacité de la cornée est ancienne, il est rare d'obtenir une guérison prompte; quand elle est récente et qu'elle s'est formée rapidement, sa terminaison heureuse est ordinairement assez fréquente et brusque; c'est ce dont on a pu se convaincre par l'observation ci-dessus.

## HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Service de M. Bérard jeune.

*Clinique des maladies des yeux*, par M. Sichel.

Vingtième observation. *Amaurose compliquée d'ophthalmie interne chronique; guérison.*

*État actuel et symptômes objectifs.*

C., menuisier en bâtimens, âgé de 39 ans (Salle Saint-François, n° 1), admis le 23 mars, présente les symptômes suivans.

Depuis huit jours à peu près, la faculté visuelle de l'œil droit s'est tellement affaiblie, que le malade ne peut plus travailler et ne se conduit que très-difficilement; il a la plus grande peine à compter les doigts qu'on lui montre et qu'il voit comme à travers un épais brouillard. L'iris droit présente un aspect assez normal; cependant il est difficile d'en tirer une conclusion quelconque, car l'œil gauche étant changé en un moignon informe par suite d'une opthalmie dont le malade a été affecté à l'âge de trois ans, il est impossible de faire les comparaisons qui fournissent seules les signes certains dans les affections de l'iris. La pupille est d'une grandeur moyenne; mais sa circonférence est occupée par une fausse membrane d'un blanc-bleuâtre, adhérente partout à la marge iridienne, d'un tiers de ligne de largeur à peu près, mais un peu plus large du côté externe que du côté interne, assez ferme pour empêcher en entier les mouvemens de l'iris. Cette fausse membrane, qui ne présente aucune trace de vascularité, laisse à son centre une ouverture ronde, pratiquée comme avec un emporte-pièce, représentant une petite pupille du diamètre d'un tiers de ligne à une demi-ligne, dont la couleur n'est pas d'un noir parfait; il y a un léger trouble dans la chambre antérieure comme si l'humeur acqueuse avait perdu une partie de sa transparence ou si la couleur de la choroïde, dont celle de la pupille dépend, était devenue moins foncée. Le pouls est assez plein, mais du reste normal, comme toutes les autres fonctions.

*Commémoratif.* A l'exception d'une pleurésie et un écoulement vénérien simple, qui ont été bien guéris, le malade, d'une forte constitution, ne se rappelle pas avoir été atteint d'aucune autre maladie. Quelquefois il a eu des maux de tête, des malaises et des courbatures. Depuis l'âge de treize ans il a souvent éprouvé à la fin de la mauvaise saison un brouillard devant l'œil droit. L'année dernière cette affection a pris plus d'intensité, de manière à gêner fortement la vue; elle n'a cédé qu'à l'emploi d'un vésicatoire. La malade n'a jamais éprouvé le moindre symptôme d'ophthalmie; à peine s'est-il aperçu quelquefois d'une légère tension et d'une certaine plénitude dans le globe de l'œil, sensation qui n'existe pas même dans ce moment.

*Diagnostic.* La presqu'abolition de la vision constituait bien l'amaurose; mais de quelle nature cette amaurose était-elle? Malgré l'absence de toute douleur et des signes ordinaires de l'ophthalmie, la fausse membrane, si considérable, et le trouble de la pupille suffisaient pour prouver qu'il y avait eu inflammation chronique et latente des membranes internes. La couleur anormale et légèrement grisâtre du champ de la pupille ne pouvait être raisonnable-

ment attribuée que, soit à un épanchement d'une certaine quantité de lymphe plastique mêlée à l'humeur aqueuse, soit à une exsudation de cette même matière à la surface de la rétine ou entre celle ci et la choroïde, qui privait la pulpe nerveuse de sa diaphanéité et empêchait de reconnaître la couleur de la membrane vasculaire.

La pleurésie et l'ophthalmie violente qui avait été suivie de la destruction de l'œil gauche, semblaient indiquer une tendance aux phlegmasies; la constitution du malade et les maux de tête qu'il avait éprouvés, confirmaient l'idée qu'une congestion avait été la cause principale de l'amaurose, quand bien même la fausse membrane eût déjà existé. Depuis la perte de l'autre œil, l'exercice continuel d'un œil déjà affaibli et d'autres causes qui nous sont resté inconnues pouvaient facilement donner à l'affection le degré de gravité qu'elle avait, lorsque le malade vint nous voir. Le début de la maladie dans la mauvaise saison ne suffisait pas pour admettre l'existence d'une cause rhumatismale. Nous résolûmes donc de traiter la maladie comme une ophthalmie chronique interne avec congestion sanguine vers la choroïde et la rétine, et de n'employer la méthode stimulante directe sur le nerf optique que quand ce traitement n'aurait point ou pas complètement réussi; car dans le cas où le diagnostic n'eût pas été juste, un retard d'une semaine n'aurait pas eu d'effet nuisible; et rien ne s'opposait à l'emploi simultané des dérivatifs; les excitans, au contraire, dans le cas supposé, pouvaient détruire sans retour le faible reste de sensibilité de l'organe visuel.

Le *pronostic* fut doublement grave, vu le peu de sensibilité que l'œil conservait encore, la destruction de l'autre œil, et l'absence de données suffisantes sur l'origine de l'affection. Dans aucun cas on ne pouvait se flatter de provoquer une résorption même incomplète de la fausse membrane.

*Traitement.* Il importait ici de faire des saignées locales, non-seulement comme déplétives, mais aussi comme dérivatives. En même temps il fallait employer les moyens qui pouvaient produire la résorption de la lymphe plastique sécrétée à l'intérieur du globe oculaire. 15 sangsues furent appliquées à la tempe droite. Les piqûres des sangsues, qu'on avait posées trop près de l'œil, produisirent un œdème qui se déclara d'abord à la joue, et le lendemain se propagea à la paupière supérieure; circonstance assez ordinaire, qui gêne et inquiète les malades, et qui nous a engagé à faire presque toujours placer les sangsues au devant de l'oreille du côté affecté

A l'intérieur, le calomel fut employé à la dose de trois grains par jour, en six prises. Comme il déterminait trois selles par jour, la quantité en fut réduite à deux grains. Une diète assez rigoureuse fut jointe à ce traitement. L'extrait de belladone fut employé en friction pour voir si la fausse membrane avait encore assez peu de consistance pour permettre une dilatation de la pupille, et par suite un déchirement, ou au moins un ramollissement par les moyens internes. La plus grande précaution était nécessaire dans l'usage de ce narcotique, pour que dans le cas qu'elle ne fût pas utile, elle ne produisit au moins aucun effet nuisible par son action secondaire sur le nerf optique, action qui quelquefois est très-délétère. Aussi l'immobilité permanente de la pupille et l'état stationnaire de la concavité membraniforme, nous força-t-elle, en peu de jours, à renoncer à l'emploi de ce moyen. Le calomel ne produisant plus d'actions sur les selles, fut successivement porté à la dose de quatre grains par jour en six prises. Les fausses membranes semblaient devenir un peu opaques, mais bientôt il n'y eut plus de changement dans leur aspect.

Le 30 mars, 15 sangsues furent posées à l'anus. L'amélioration, jusqu'ici n'avait été que peu marquée.

Le 31, un vésicatoire fut appliqué au dessus du sourcil droit; il produisit un œdème de la région sourcilière et de la paupière supérieure, et une douleur qui s'étendit jusque dans le cou, et disparut après quelques heures.

Le 3 avril, l'amélioration est très notable. L'usage du calomel, qui commence à produire un peu de décollement et de sensibilité des gencives, est suspendu, et un bain chaud, une tisanne diaphorétique et un gargarisme aluminé sont prescrits. On panse le vésicatoire avec la pommade épispastique Quoique le gargarisme ordonné n'ait pas été employé par suite d'une méprise, les signes précurseurs de la salivation s'arrêtent, les gencives reprennent bientôt leur fermeté. Aucun signe de congestion vers la tête ou vers l'œil ne se manifeste. Une infusion d'un gros de fleurs d'arnica montana est ordonnée; le surlendemain la dose d'arnica est portée à un gros et demi; on panse le vésicatoire avec un huitième de grain de strychnine Le malade voit l'heure à une montre dont les chiffres ont deux lignes de grandeur. Il croit qu'il peut reprendre ses travaux.

Le 10 mars il sort parfaitement guéri.

Il sera bon de dire ici qu'aucun malade ne sort sans être présenté à la clinique le jour de sa sortie.

Celles des amauroses qui ne sont pas le symptôme de l'affection d'un organe autre que celui de la vue (c'est-à-dire qui ne sont pas sympathiques), peuvent le plus souvent être réduites à deux espèces: l'une est celle où la maladie consiste dans une irritation, une congestion sanguine ou même une inflammation, soit de la choroïde, soit de la rétine ou du nerf optique: l'autre, où l'affection consiste dans la paralysie plus ou moins complète de ces dernières parties nerveuses Cette division, il est vrai, ne suffit pas pour désigner une place à chaque cas; aussi reviendrons-nous sur le classement des amauroses quand la clinique nous aura présenté un nombre de faits suffisant pour y baser une classification vaste et satisfaisante. C'est dans les affections nerveuses dont le diagnostic, et partant la guérison, sont si difficiles, qu'il convient plus que partout ailleurs de bien réunir et juger les observations individuelles avant d'en présenter l'ensemble systématique.

La plupart des amauroses tiennent dans leur début, plus ou moins, à cette première espèce, voilà pourquoi les déplétions sanguines y sont d'un usage si étendu. Quand on ne les traite pas convenablement, elles ne tardent pas à passer dans la seconde catégorie; alors elles présentent encore moins de chances de guérison que celles qui, dès le commencement, se manifestent comme paralytiques.

Nous avons avec succès traité à la clinique plusieurs cas semblables, entre autres un où l'affection de la rétine dépendait de l'irritation du cœur, qui avait déjà commencé à produire l'hypertrophie de cet organe. Nous nous réservons de rapporter ces cas avec d'autres appartenant aux autres espèces, quand nous traiterons de l'amaurose en général.

## HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Service de M. Ricords.

*Opération de sarcocèle par la méthode de Zeffer ou de Kern; observation recueillie par* M. Maxime Vernois.

Le diagnostic des affections cancéreuses du testicule est certainement, quoiqu'on en ait dit dans quelques traités récents de chirurgie, un des points les plus obscurs en pratique. La grande quantité de lésions de cet organe qui s'offrent journellement à nous, à l'hôpital du Midi, a depuis long-temps appelé sur elle l'attention de M. Ricord, et lui a donné une opinion différente sur cette matière. En effet, que de malades ne voyons-nous pas, à la suite ou non de la syphilis, atteints d'engorgemens du testicule, sur la nature desquels il est impossible, *à priori*, de rien décider? Causes éloignées, causes prochaines, examen au doigt et à l'œil, ponction exploratrice tout souvent trompe le praticien le mieux exercé; ou du moins lui dérobe la nature intime du mal qu'il cherche à reconnaître. Sans parler déjà du fait que je vais rapporter plus bas, je rappellerai un cas que mon collègue, M. Marotte, a communiqué à la société anatomique. C'était celui d'une tumeur énorme, dure, transparente en quelques points, occupant le côté gauche du scrotum. Tous les moyens d'extirpation avaient échoué; on trouvait des raisons à l'appui des opinions les plus opposées; on y voyait à la fois de l'hydrocèle et du sarcocèle. On rencontra après l'opération, qui fut faite par M. Ricord, une tumeur criblée de petites poches d'hydatides. Je ne parlerai point ici de tous les moyens d'exploration que la chirurgie indique pour diagnostiquer une tumeur des bourses. Les uns sont insuffisans, d'autres ne peuvent être appliqués dans tous les cas. Quelques-uns, comme les bosselures, dans le sarcocèle, sont faux et trompeurs. Je m'arrêterai à une seule méthode, à la seule méthode dite indienne, pour la recommander aux praticiens. On sait qu'elle consiste à faire pénétrer dans la tumeur, de nature douteuse, une aiguille à cataracte ou autre, et à lui imprimer des mouvemens de latéralité. Si l'aiguille est mobile, et peut être assez largement déviée de la direction de son axe, alors la tumeur est réputée liquide. La pointe de l'instrument flotte évidemment dans un milieu dont les molécules sont indépendantes les unes des autres. Si, au contraire, l'aiguille ne peut être inclinée d'aucun côté, et qu'elle semble pressée dans tous les sens, la tumeur est certainement solide; l'instrument est fixé dans un milieu dense et résistant.

Dans le premier cas il y a hydrocèle, ou épanchement de tout autre liquide.

Dans le deuxième, sarcocèle, ou tumeur dure de toute autre nature.

On sait que M. Récamier a souvent employé cette méthode dans l'étude des abcès du foie. Ce moyen, quoiqu'il ne soit pas exempt d'inconvéniens, doit cependant être recommandé dans tous les cas où le plus léger doute s'élève dans l'esprit du chirurgien. Il n'expose le malade à aucune douleur vive, et jouit à un plus haut degré des avantages de la ponction explorative. C'est aussi à ce moyen que M. Ricord a eu recours avant de pratiquer l'opération que nous allons décrire.

Le nommé Vernier, âgé de 28 ans, d'un tempérament biliososanguin peu développé, entra à l'hopital du Midi, le 23 avril 1833, pour un engorgement du testicule gauche. Dominés pour ainsi dire involontairement par des idées de syphilis, nous cherchions à trouver dans la vérole le principe du mal qu'il portait; mais voici ses antécédens : il y a 6 ans; en 1827, il eut une blennorrhagie et des chancres à la verge. Ces symptômes, traités par un régime émollient, disparurent en quelques semaines; 6 mois après il gagna une ulcération à la lèvre supérieure; ulcération qui fut suivie de l'engorgement d'une glande sous-maxillaire. Traité de nouveau par une médecine adoucissante, il fut rapidement guéri. Depuis cette époque jusqu'en 1832, il n'eût à se plaindre d'aucun mal, et ne fut atteint d'aucun symptôme nouveau de syphilis. Alors le testicule gauche commença à s'engorger. Aucune cause connue ne put expliquer ce début de la maladie. L'affection prit son point de départ en dehors, en arrière et en bas. Sa marche, très-lente d'abord, a surtout acquis de la rapidité depuis quatre mois, et a donné lieu à une tumeur de 3 pouces de diamètre vertical, 2 pouces en travers et près de deux pouces dans le sens antéro-postérieur. La tumeur est dure, lourde, offre beaucoup de renittence, comme si un liquide placé profondement y était retenu par une enveloppe très-dense. Il n'y a pas de transparence; le cordon est parfaitement sain, et à aucune époque n'a offert le plus léger engorgement. Un petit tubercule sous-cutané et mobile se rencontre à la face supérieure antérieure et un peu externe du testicule; on en distingue à peine l'épidydime.

Du reste, la tumeur est lisse dans toute son étendue, et ne donne au doigt le sentiment d'aucune bosselure. Quant à la douleur, très vive au début de la maladie, elle a toujours été en diminuant, pour devenir sur la fin comme intermittente. En effet, le malade n'éprouve plus qu'à des intervalles assez éloignés, des élancemens qui suivent, dit-il, le trajet du cordon. Celui-ci, je le répète encore, est à l'état normal, et insensible à la pression. Toutes les méthodes d'exploration connues furent tour à tour invoquées pour éclairer le diagnostic de cette affection. L'étude du développement de la tumeur, celle de son origine présumée, l'absence de bosselures, le défaut de transparence, soit à l'œil nu, soit à l'œil armé du tube de M Ségalas, le poids du testicule, sa dureté uniforme, l'état sain du cordon, laissèrent dans notre esprit une incertitude évidente. Néanmoins, il est juste de le dire, toutes les idées penchèrent à admettre l'existence d'un sarcocèle. Le malade fut cependant soumis d'abord à l'action des antiphlogistiques et des résolutifs. Des sangsues appliquées sur le trajet du cordon, des épithèmes locaux, ne produisirent aucun effet. L'opération était la seule voie de salut.

Il était presque certain pour nous que si le testicule était devenu malade, ce n'était pas sous l'influence d'une cause syphilitique Les engorgemens et dégénérescences de cette nature n'arrivent presque jamais que quand le testicule lui-même a été le siége, antérieurement, de quelque affection vénérienne primitive ou consécutive. Il n'en était rien pour ce malade. Néanmoins, avant de se laisser opérer, pour détruire en lui toute arrière-pensée de syphilis, il manifesta le désir de faire un traitement mercuriel. Il fut donc soumis à l'action des *pilules de proto-iodure de mercure* (1 grain par

jour), pendant dix-huit jours. Mais, comme nous le savions d'avance, aucune modification dans la tumeur n'eût lieu. Le mal resta stationnaire, et le jeudi, 16 mai, le malade se décida tout-à-coup à se faire amputer le testicule. L'état général de la santé était satisfaisant. La seule contre-indication était peut-être l'excitation subite qui s'était emparée de son esprit, affection morale qui pouvait influer, et qui sans doute influa réellement sur les suites de l'opération.

Avant de la pratiquer, M. Ricord, qui avait attendu cet instant, interrogea encore la nature de la tumeur a l'aide de la méthode indienne. Une aiguille à cataracte fut enfoncée perpendiculairement à la face antérieure et moyenne du testicule, à la profondeur de près d'un pouce et demi. Aucun mouvement de latéralité ne put lui être imprimé, aucun arc de cercle ne put être décrit; elle était implantée dans un corps dur, résistant, solide. Rappelons en peu de mots les caractères de la tumeur : scrotum très-mobile sur le testicule, tumeur pesante, ovoïde, limitée à l'insertion du cordon. Le petit tubercule sous-cutané dont nous avons parlé, avait disparu.

C'était, ou jamais, je pense, l'occasion de pratiquer une opération reléguée jusqu'ici en France, dans les manœuvres de la chirurgie cadavérique, usitée assez fréquemment en Allemagne, et qui ne l'a pas encore été sur le vivant dans les hôpitaux de Paris. Je veux parler de la méthode de Zeller ou de Kern (selon quelques-uns, Vincent de Kaern). Les traités de chirurgie de Sabatier, de M. Boyer, de MM. Roche et Sanson n'en parlent pas. M. Velpeau en attribue l'idée à un certain *Acoluth*, et la trouve cependant déjà conseillée par Aristote et plus tard par Haly-Abbas. Elle consistait seulement alors à isoler la tumeur avec une forte ligature, afin d'en obtenir graduellement la chute, ou d'en pratiquer la section au-dessous du lien. Zeller, le premier, la modifia, et la transforma en méthode opératoire. De la main gauche, embrassant tout le sarcocèle, tandis qu'un premier aide fixe le cordon, et qu'un autre attire à lui le testicule sain et la peau nécessaire pour couvrir la plaie, le chirurgien emporte d'un seul coup de bistouri, ou de couteau toute la masse cancéreuse. En un instant l'opération est terminée; que de douleurs évitées au malade! On s'expose peut-être à amputer un testicule sain; mais les cas devront en être très-rares, si l'on applique avec soin la méthode indienne au diagnostic de la tumeur.

C'est par ce procédé que M. Ricord opéra. Tandis qu'un aide fixait le cordon gauche entre le médius et l'index à l'aide du pouce fortement appuyé entre eux, j'écartais à droite le testicule sain, et j'entraînais avec lui assez de peau pour affronter les lèvres de la plaie. Des compresses en plusieurs doubles furent placées dans le pli de la cuisse, afin que la peau de ces parties fut respectée. Alors M. Ricord portant un couteau à amputation sur la partie inférieure et antérieure du raphé médian, enleva d'un seul trait et de bas en haut la tumeur et toute la portion de scrotum circonscrite en dehors par sa main gauche, en dedans par les doigts des aides. La direction de la plaie fut oblique de droite à gauche, de bas en haut, et à peu près selon l'axe du canal inguinal de ce côté; de telle sorte que la cicatrice placée latéralement sera à peine sensible. Immédiatement deux ligatures furent portées sur les artères spermatiques qui seules fournissaient du sang en nappe. La plaie examinée avec soin n'offrit pas d'autres vaisseaux à lier. M. Ricord réunit aussitôt par première intention, à l'aide de trois points de suture nouée, placés sur le trajet de l'incision. Des bandelettes agglutinatives furent appliquées dans les intervalles des points de suture, dans le but de favoriser encore la réunion des lèvres de la plaie, et de s'opposer, par la compression naturelle qu'elles exerçaient, à l'hémorrhagie des branches capillaires qui n'avaient pas été liées, et qui pouvaient plus tard fournir du sang. Un linge troué, enduit de cérat, des plumasseaux de charpie, etc., terminèrent l'appareil du pansement. Le malade, qui du reste supporta courageusement l'opération, perdit, comme on le voit fort peu de sang, et n'éprouva aucune syncope.

*Anatomie de la tumeur.*

Une incision verticale ayant divisé toute la tumeur de haut en bas, nous fit voir l'altération suivante. Les enveloppes du testicule sont spécialement malades, confondues ensemble, et passées à un état de dégénérescence carcinomateuse, dure, criant sous le bistouri Ce tissu est criblé de loges ou de petits kistes gros comme des pois, remplies d'hydatides : quelques-uns sont réunis deux à deux, trois à trois, la plupart sont isolés; et dans les intervalles qui les séparent, existe un tissu nacré dans quelques points, fibreux ailleurs, dans lequel l'aiguille à cataracte devait nécessairement demeurer immobile. Plus au centre, et vers le testicule était un foyer purulent ramolli, contenant un liquide rougeâtre, détritus des parties dégénérées. Le tissu du testicule lui-même, splénifié pour ainsi dire, suppuré en quelques points, d'une couleur brunâtre, est passé à un état dans lequel on ne peut plus reconnaître aucune trace de son organisation primitive. L'épidydime en est à peine distinct. En résumé, la tumeur était cancéreuse à son centre et à la circonférence; remplie d'hydatides isolées dans son épaisseur.

Ici donc la méthode de Kern était bien applicable et doit l'être sans doute dans tous les cas où la tumeur est circonscrite au cordon, et où la peau mobile sur le testicule engorgé, n'a pas contracté d'adhérences avec lui, ou en a contracté de fort peu étendues. Cette opération est aussi remarquable en ce que c'est la première fois qu'on la pratique à Paris, peut-être en France; et parce que la rapidité de son exécution fait éviter au malade les douleurs prolongées et indispensables, qu'entraînent avec elles toutes les autres méthodes. La section couche par couche des tuniques du testicule, qui se pratique journellement dans les grands hôpitaux, ne peut certainement pas racheter la longueur et la durée fatigante de son exécution, par l'avantage de ne point enlever le testicule, si ses enveloppes seules sont malades. Qu'on apporte plus de soin au diagnostic des tumeurs des bourses, que l'opération elle-même ne soit pas mise au nombre des moyens qu'il comprend, et il y aura bénéfice pour le malade et pour le chirurgien. Quant à la cicatrisation de la plaie, les partisans de la méthode qui consiste à faire l'incision à la partie postérieure du scrotum, diront que par la méthode de Zeller ou de Kern, on n'atteindra jamais l'avantage de la dérober à la vue. C'est vrai; mais je le répète, ce mérite, qui en est un grand en chirurgie, ne compense pas encore celui de la rapidité de l'exécution, et des douleurs passagères attachées à la méthode allemande.

Il y avait environ deux heures que le malade était couché, quand on me fit appeler auprès de lui. Une hémorrhagie assez considérable avait eu lieu. Rappelons-nous que la plaie a été réunie aussitôt par première intention; que deux ligatures seulement avaient été pratiquées : que le malade avait perdu très-peu de sang, et que son état moral, devenu plus calme après l'opération, avait dû faire cesser le spasme passager des vaisseaux. Des considérations semblables ont engagé quelques praticiens à ne jamais réunir par première intention que quelques heures après l'opération, alors que la circulation a pu reprendre son cours normal.

Mais cependant on peut opposer des raisons valables en faveur de l'opinion contraire. On sait qu'après la ligature des vaisseaux principaux qui apportent le sang dans une partie, il s'établit presqu'instantanément une circulation collatérale qui active d'une manière évidente le cours des liquides, dans les parties voisines : si vous réunissez de suite une plaie par première intention, la compression qu'exerceront les bandelettes agglutinatives et les pièces du pansement, suffiront souvent pour arrêter l'hémorrhagie secondaire qui allait avoir lieu. Ce fait était tellement connu des anciens, que souvent après de grandes opérations et la ligature des principaux vaisseaux, ils établissaient une compression artificielle au lieu de faire autant de ligatures que nous en pratiquons aujourd'hui. Or, il n'est pas indifférent, surtout si on veut réunir de prime-abord, de placer plus ou moins de liens. Moins il y en aura, plus la plaie tendra à se fermer rapidement. C'est même là un des grands avantages de la torsion. Si donc on remet à faire les ligatures secondaires quelques heures après l'opération, on en aura beaucoup plus à faire qu'au début même, et la plaie, irritée par de nouveaux attouchemens, sera plus exposée à s'engorger, à s'enflammer : souvent on sera obligé de détruire les points de suture établis, et la cicatrisation se fera davantage attendre.

Dans le cas que je rapporte ici, il est probable que l'hémorrhagie consécutive a dépendu d'abord de l'état moral du malade qui, devenu peu à peu plus calme, moins excité, a rendu aux vaisseaux leur élasticité naturelle, paralysée un instant par un spasme accidentel; et en second lieu, de ce que les bandelettes et l'appareil de pansement ne comprimaient peut-être pas assez la plaie dans tout son étendue.

Quoi qu'il en soit, je fus obligé de lever tout l'appareil. La plaie mise à nu, le sang s'en écoulait en nappe, et avec une assez grande abondance. Je dus alors couper les fils des sutures, afin de pouvoir distinguer l'extrémité des vaisseaux qui donnaient du sang. Ce nouveau pansement fut un peu long. La surface de la plaie était déjà couverte d'exsudations plastiques qui me dérobaient les vaisseaux à lier, et que j'étais par conséquent obligé de détacher : neuf ligatures partielles furent pratiquées. J'en plaçai aussi deux nouvelles au-dessous de celles déjà mises sur les artères spermatiques. Enfin, m'étant assuré qu'aucun écoulement n'avait plus lieu, j'affrontai de nouveau les lèvres de la plaie, et pratiquai trois autres points de suture, à la place des premiers. Je couvris ensuite la plaie avec la poudre de colophane, et replaçai l'appareil. A partir de cet instant il ne s'écoula plus de sang. Pendant le jour, *potion calmante, avec une once de sirop diacode.* Le soir *un quart de lavement avec dix grains de camphre et un demi-grain d'extrait gommeux d'opium.* Le pouls, qui s'était élevé vers les cinq heures du soir, donnait à minuit 85 pulsations. La nuit se passa sans sommeil, mais sans douleurs.

Le 17, le malade ne se plaint nullement. L'appareil est levé : les bords de la plaie sont déjà tuméfiés et rouges. *Diète, lavement camphré.*

Le 18, même état. *Deux bouillons.*

Le 19, la plaie a un bon aspect; les points suturés ne sont pas tiraillés : la suppuration commence à s'établir. L'état général du malade est excellent. La guérison est assurée.

## HOPITAL DES ENFANS MALADES.

### Clinique de M. Guersent.

*Pleuro-pneumonie droite; émissions sanguines répétées après le cinquième jour de l'invasion; guérison prompte.*

Tapie, âgé de 12 ans, arrivé à Paris depuis deux jours, vient de faire 200 lieues à pied.

Le 24 avril, le corps trempé de sueur, il s'assied sur le bord d'un ruisseau, et est pris quelques heures après de céphalalgie, de fièvre sans frisson antécédent, d'inappétence, de nausées et de vomissemens. Pendant la nuit, une douleur vive se manifesta vers le côté droit de la poitrine, la toux et l'inspiration l'exaspérèrent; il survint de la dyspnée. Le malade se fait transporter en voiture jusqu'à Paris, où il arrive le 27 avril, et entre deux jours après à l'hôpital. Immédiatement après son admission on pratique une saignée qui ne fournit qu'une demi palette de sang.

Le 30, à la visite du matin, la face porte l'empreinte de la souffrance, le malade est abattu, il annonce une céphalalgie intense accompagnée de vertiges; il n'a pas dormi depuis l'invasion de la maladie; l'intelligence est restée intacte; la respiration est très-accélérée (48 inspirations par minute), la parole haletante, la toux fréquente, elle est suivie de l'expectoration de crachats visqueux, rouillés, demi-transparens, adhérens au fond du vase. La douleur occupe tout le côté droit de la poitrine; elle augmente par la toux, l'inspiration, la percussion et la pression intercostale; le son est mat dans toute l'étendue du côté droit en arrière; on entend dans les deux tiers supérieurs un souffle tubaire et une bronchophonie des plus marqués. Dans la moitié inférieure, la respiration est faible et accompagnée de râle crépitant. Le côté gauche n'offre rien d'anormal. Sous la clavicule droite, on entend un léger ronflement. Les lèvres sont sèches, la langue rouge sur ses bords et vers sa pointe, est couverte à son centre d'un enduit blanchâtre, et a de la tendance à se sécher; la déglutition est un peu gênée; soif vive, anorexie, pas de nausées ni de vomissemens; tout le ventre est endolori; constipation; urines peu abondantes; peau chaude, pouls dur, développé, à 124 pulsations par minute. *Saignée de 3 palettes; cataplasme sur le ventre; lavement émollient; mauve julep, gommeux, diète.*

La saignée est pratiquée immédiatement après la visite.

Le soir le pouls est faible, il bat 128 fois par minute; les symptômes généraux et locaux persistent. Une nouvelle saignée est pratiquée, et peu de temps

après le pouls a acquis plus de force, et il est remonté à 132. Pendant la nuit, *sinapismes sur les extrémités intérieures.*

Le 1er mai, sueur abondante pendant la nuit, épistaxis le matin; le pouls est descendu à 108; la peau est haliteuse; la langue est humide, l'endolorissement du ventre persiste; il y a eu une selle après le lavement. La céphalalgie est moins intense, la respiration moins accélérée (40 inspirations par minute); pas de changemens dans les symptômes locaux; le souffle tubaire et la bronchophonie persistent; on n'entend le râle crépitant qu'après la toux. La douleur de coté n'a point disparu. *Deux ventouses scarifiées* loco dolenti.

Le 2 mai, la face est bien moins altérée que les jours précédens; la douleur de côté a notablement diminué; la langue est plus sèche que la veille, la pression de l'épigastre est douloureuse; la soif vive; deux selles liquides dans la journée. La toux est moins fréquente, les crachats sont ceux d'un simple catarrhe; souffle tubaire dans une portion du poumon moins étendue; il a été remplacé en quelques points par un râle crépitant à grosses bulles; pouls 116, respirations 48. *Mauve, julep.*

Le 3 mai le malade a dormi pendant une grande partie de la nuit; le pouls ne bat que 84 fois par minute; la douleur de côté a disparu. La toux est moins fréquente, la dyspnée peu marquée, le son est moins mat dans la moitié inférieure, où le bruit respiratoire se fait entendre.

Le 4 et le 5 mai l'amélioration se soutient.

Le 6, le pouls est à 72, la respiration à 28, on n'entend plus de souffle tubaire; il est remplacé par un râle crépitant à grosses bulles; la langue est dépouillée de son enduit; elle est large et humide, la soif modérée, l'appétit revient, le ventre a cessé d'être douloureux; une selle naturelle. *Lait coupé*, bis.

Le 8, le malade entre en convalescence; le bruit respiratoire s'entend dans toute l'étendue du poumon droit: il est un peu plus faible qu'à gauche. La percussion des deux côtés de la poitrine n'offre qu'une légère différence; la bronchophonie a cessé, les voies digestives sont en bon état; la toux est peu fréquente. *Soupe et bouillon.*

Le 10, le malade se promène dans les salles, ses forces reviennent; il doit quitter incessamment l'hôpital.

Cette pleuro-pneumonie, abandonnée à elle-même pendant les cinq premiers jours qui suivirent son invasion, fit de notables progrès. Tout le poumon droit était affecté lorsque le malade fut soumis à notre observation. Les signes sthétoscopiques nous apprirent que toute la partie supérieure du poumon était à l'état d'hépatisation. Les émissions sanguines, qui furent employées avec une certaine énergie, eurent une influence favorable sur la marche de la maladie. Les symptômes généraux s'amendèrent, les symptomes locaux diminuèrent progressivement, et la convalescence eut lieu très-promptement. Cependant cette affection était grave; elle était survenue chez un individu épuisé par les fatigues d'un long voyage. Les voies digestives donnaient en outre des signes de souffrance. Les vomissemens du début, la tendance de la langue à se sécher, l'endolorissement du ventre, contre-indiquaient l'emploi des préparations antimoniales.

## HOTEL DES INVALIDES (Infirmerie).

### Service de M. Larrey.

*Carie; destruction du corps du l'humérus par suites de blessures par arme à feu; amputation dans l'articulation scapulo-humérale procédé de M. Larrey.*

L'amputation dans l'articulation scapulo-humérale a toujours été regardée avec raison, comme une des plus graves de la chirurgie; cependant comme elle est dans bien des cas la seule ressource pour conserver les jours des malades, M. Larrey s'étonne qu'elle soit mise en usage si rarement dans la pratique civile.

Les guerres de l'empire ont fourni aux chirurgiens militaires de nombreuses occasions de faire l'extirpation du bras, et cette opération a été pratiquée un assez grand nombre de fois avec succès par M. Larrey.

Parmi les cas qui nécessitent l'extirpation du bras, M. Larrey range celui dans lequel l'altération consécutive de l'humérus a lieu à la suite d'un fracas vers sa partie inférieure.

Souvent et à la suite des blessures de ce genre on voit, après un temps plus ou moins long, (et comme on l'a pu observer chez le malade dont nous allons rapporter l'histoire); on voit la carie ou la nécrose se déclarer, la suppuration devenir abondante et intarissable; la peau et les chairs se décoller non seulement dans le voisinage de la plaie, mais encore dans une grande partie de son étendue; le malade s'affaiblit, la diarrhée survient, la fièvre hectique se déclare et la mort arrive rapidement.

Si on se décide à pratiquer l'amputation dans la *continuité* du membre, on s'aperçoit bientôt après, dit M. Larrey, que l'on n'a point enlevé la maladie de l'os, car elle continue à faire des progrès; souvent l'humérus est altéré au-dessus de la section, sa membrane médullaire est détruite et l'on se voit obligé de recourir à l'amputation dans l'*article* qu'on aurait dû pratiquer d'abord.

Ce sont ces considérations qui ont engagé M Larrey à opérer, dans l'articulation, le malade couché au n° 3 de la salle *La Petite Valeur.*

C'est un homme âgé de 56 ans, Pierre-Charles Delbeau, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament nerveux, d'une taille moyenne

Parti comme volontaire sous la république, il commença comme plus d'un brave: il était d'un village des environs de Paris, et occupé aux travaux de la campagne, lorsqu'il entendit le bruit du tambour, c'était un bataillon qui traversait son village et qui se rendait à l'armée, en chantant. Il marcha à côté du tambour-major jusqu'à une lieue de son pays, et là le tambour-maitre lui dit: Lurron, veux-tu servir la république? Allons, prends une caisse et en avant! Il suivit le bataillon, se trouva bien vite fatigué, mais comme il craignait de recevoir, ainsi qu'il le dit, *une distribution* en rentrant chez son père, il suivit le régiment....

Il se trouvait, en 1803, dans une compagnie de canonniers, et desservait une batterie destinée à déloger les Autrichiens qui assiégeaient la ville de Cambrai.

Le général Chapuis ayant commandé une vigoureuse sortie, notre homme reçut à cette affaire *un coup de sabre* et *un coup de feu* au bras gauche qui lui fracassa le corps de l'humérus.

Envoyé à l'hôpital de Montdidier, il y reçut tous les soins que sa position réclamait.

La plaie de tête fut pansée avec soin, le membre que l'on chercha à conserver malgré la gravité de la blessure, fut mis dans l'appareil, et au bout de quelques mois, il sortit presque guéri, et par la suite fut admis à l'hôtel des Invalides, où il faisait le service ordinaire.

Depuis deux ans seulement il fut pris d'accidens inflammatoires au bras, des abcès se formèrent, des fistules s'ouvrirent à la partie inférieure du membre et donnèrent lieu à de larges ulcères.

En diverses occasions, M. Larrey enleva plusieurs portions d'os nécrosées, et sa longue expérience conseilla l'amputation. Le malade s'y réfusa long-temps et jusqu'au moment où il se fut assuré que c'était sa dernière ressource.

Il est vrai que chez lui, les signes qui pouvaient faire connaitre que l'affection de l'os s'était propagée, et qui indiquaient la nécessité de l'opération dans *l'article*, étaient assez obscurs, parce que les tégumens supérieurs paraissaient sains, mais l'ancienneté de la maladie, *les abcès multipliés*, les *ulcères fistuleux*, et l'*abondante suppuration* eussent bientôt épuisé le peu de forces qui restait au malade.

En dernier lieu l'exploration attentive du membre, l'introduction d'un stylet que le chirurgien en chef dirigea vers la partie supérieure de l'os, lui ont fait reconnaitre toute l'étendue de la maladie, et tous ces signes réunis l'ont autorisé, une dernière fois, à se prononcer sur l'indispensable nécessité d'amputer dans l'articulation scapulo-humérale.

Le malade ayant été préparé à l'opération y a été soumis jeudi dernier, 16 mai.

Amené à la salle des opérations, assis sur une chaise sontenu par des aides, dont un placé du côté opposé a servi à exercer la compression de l'artère; M. Larrey attaque le bras vers l'apophyse acromion au moyen d'un couteau droit, fit une incision profonde dans le centre du muscle deltoïde parallèle à ses fibres, qu'il prolongea jusque vers son attache inférieure, puis ayant fait écarter les bords de cette division pour mettre à découvert l'articulation, il a fait un lambeau aux dépens du deltoïde, a attiré l'humérus hors de la cavité glenoide, a fait glisser son couteau le long de la partie interne et postérieure de l'humérus et divisé d'un seul coup le muscle *coraco* brachial, la petite portion du biceps, le grand rond, le grand dorsal et la longue portion du triceps. Ces trois temps de l'opération ont été exécutés en trois minutes.

Les vaisseaux étant liés, les ligatures coupées au niveau des chairs étant ramenées à la partie déclive de la plaie, M. Larrey en a rapproché les bords au moyen de quelques bandelettes agglutinatives et d'une compresse fenêtrée enduite de styrax.

Il faut faire observer ici que la plaie n'était pas entièrement réunie et qu'elle présentait à sa partie inférieure une goutière assez large et dirigée en devant et en bas; mais, dit M. Larrey, elle facilitera l'écoulement de la suppuration.

Le premier appareil a été recouvert de gâteaux de charpie maintenus à l'aide d'un bandage bien adapté à la forme de l'épaule, ne portant que sur la circonférence de la plaie, et qui nous a paru devoir favoriser beaucoup la cicatrisation.

Le jour même de l'opération, à quatre heures du soir, il se manifesta une légère hémorrhagie qui paraissait due à une trop grande constriction exercée par l'appareil, le chirurgien de garde appelé, relâcha quelques tours de bande et l'écoulement sanguin s'arrêta.

Le malade a dormi la nuit suivante pendant quatre heures; l'appareil, levé au quatrième jour, a donné une suppuration de bonne nature; la cicatrice est formée dans toute la partie supérieure; le renouvellement de l'appareil a permis de faire disparaître la solution de continuité qui existait à la partie inférieure; quelques bandelettes en ont rapproché les bords. Des alimens ont été accordés au malade; il marche à une rapide guérison.

*Suicide; plaie pénétrante de poitrine; hémorrhagie considérable; mort; autopsie.*

Les plaies de poitrine accompagnées d'épanchement sanguin présentent la complication d'hémorrhagie la plus grave de toutes. En effet, dit M. Larrey, il n'y a presque pas de moyens mécaniques que l'on puisse opposer avantageusement à l'effusion du sang dans ce cas.

Si quelquefois, à la faveur d'une lipothymie prolongée, la circulation se trouve assez ralentie pour que le sang extravasé se coagule dans l'ouverture elle-même, le rétablissement de cette fonction importante qui ne peut tarder à reprendre son activité, ne laisse pas le temps au caillot de prendre assez de solidité, de contracter des adhérences assez intimes pour faire l'office d'un bouchon solide, et pour résister à l'impulsion du sang fluide.

Lorsque, par l'effet d'une plaie pénétrante dans la poitrine, le poumon ou des vaisseaux sanguins ont été divisés, une multitude de signes annoncent que l'épanchement de sang se fait sur le diaphragme.

Se fait-il rapidement? Aussitôt le malade pâlit, ses forces s'anéantissent, il tombe en syncope, sa respiration devient courte et laborieuse, et l'inspiration est plus facile que l'expiration.

Si la cavité de la poitrine se remplit, l'abdomen paraît tendu, gonflé, comme dans l'ascite, par l'abaissement forcé du diaphragme. Lorsque l'accumulation est assez considérable, le sang s'échappe en bouillonnant par la plaie extérieure. Le côté où se fait l'épanchement, prend du développement, l'abdomen se tend de ce côté, etc. Tel est le cas que nous avons eu occasion d'observer chez un invalide âgé de 39 ans, d'une assez bonne constitution.

Couché naguères dans le service de M. Ribes, il était entré à l'infirmerie pour une affection de poitrine qui, traitée convenablement, avait paru céder aux moyens employés. Le médecin l'engagea à sortir de l'hôtel, à habiter un lieu sain, bien aéré, à suivre un régime sévère, et lui promit, à ces conditions, son entier retour à la santé.

Notre homme suivit ces premiers conseils, demanda la pension accordée aux invalides libres, et se retira dans une habitation non loin de la plaine de Grenelle.

Livré à lui même, il crut qu'il ne survivrait pas à la maladie qu'il avait éprouvée, et ces idées, ainsi que l'état de son cerveau et de ses intestins le poussèrent au suicide, qu'il mit à exécution il y a peu de jours.

Muni d'un couteau de cuisine dérobé à l'hôtel, il se retira dans la plaine de Grenelle, ôta son habit,

sa chemise, s'étendit dans un fossé et se plongea cet énorme couteau (dix pouces de langueur sur deux de largeur) dans la cavité thoracique gauche; une sueur froide se manifesta au cou, aux tempes; les dents s'entrechoquèrent, les membres se glacèrent; on le trouva peu de temps après couché sur le côté où l'épanchement s'était fait, il était mort.

Apporté à l'Hôtel des Invalides, son cadavre a été soumis à l'inpection anatomique; le cerveau mis à nu avec soin a présenté une dureté remarquable, et quelque peu de sérosité dans ses ventricules; la paroi thoracique gauche présentait entre la cinquième et sixième côte une large solution de continuité dirigée transversalement, plus large en dedans qu'en dehors, ce qui indiquait évidemment que le tranchant de l'instrument avait été tourné de ce coté; un énorme caillot de sang, du volume du poumon qui était traversé, reposait sur le diaphragme, l'organe de la respiration était enflammé, farci de tubercules; les intestins, après avoir subi un travail inflammatoire, surtout l'intestin grêle et le colon, étaient passés *à une couleur jaune prononcée*, le péricarde et le cœur étaient sains. La main droite était privée de deux doigts par suite d'une blessure reçue à Waterloo.

L'état pathologique des organes, joint au moral du malade qui était très-affecté, a suffisamment expliqué cette mort violente. M. Larrey pense qu'en assujétissant ces hommes à quelque légère occupation, on verrait disparaitre chez eux la manie du suicide qui s'est manifestée depuis quelque temps.

AUSSANDON.

## HOPITAL DE LA PITIÉ.

### Résumé de Conférences cliniques de M. LOUIS.

( Quatrième article. )

*Angine tonsillaire.*

Le nombre des malades atteints de cette affection était de quatre. Ils étaient âgés de 23 à 26 ans; ils jouissaient tous d'une santé parfaite au moment de l'invasion. Le premier symptôme a été la douleur de gorge, qui, dans deux cas, a été précédée d'un frisson qui s'est plusieurs fois renouvelé. A la douleur de gorge ne tardaient pas à se joindre l'altération de la voix, la gêne de la déglutition, une modification du flux salivaire, la diminution de l'appétit, la soif, un malaise général; en même temps les amygdales, la voûte palatine et le voile du palais étaient rouges et tuméfiés. Après huit à douze jours de durée, les symptômes disparaissaient.

Ainsi tous les sujets atteints d'angine étaient jeunes. M. Louis a observé trente-neuf autres cas à l'hôpital de la Charité; leur âge moyen était de 25 ans et demi. Cette affection est rare après 40 ans. Sur quarante-un cas, trois seulement avaient dépassé cet âge. Les quatre individus observés à la Pitié étaient tous du sexe masculin. Sur les trente individus observés à la Charité, un tiers seulement appartenait au sexe féminin. Un des quatre malades qui font le sujet de ces réflexions éprouva du malaise quatre jours avant l'invasion. Chez les trente-neuf malades dont l'histoire fut recueillie à la Charité, six seulement présentèrent des prodrômes. Un mouvement fébrile plus ou moins intense précéda l'apparition des symptômes locaux. Dans cette affection, comme dans beaucoup d'autres, la maladie est quelquefois générale avant de devenir locale. La douleur de gorge a été variable ainsi que la gêne de la déglutition. Il y a eu douleur d'oreille dans deux cas. Une fois il y a eu écoulement purulent par le conduit auditif externe. L'amygdalyte a été simple dans un cas, double dans les trois autres. Chez les quatre sujets dont il est ici question, l'affection n'était point bornée aux amygdales; il y avait en même temps rougeur et gonflement du voile du palais, de la luette et de la voûte palatine. Dans tous les cas l'inflammation a suivi une marche progressive. Après avoir débuté en un point, elle a successivement envahi les tissus voisins.

La terminaison a eu lieu le plus souvent par résolution, et quelquefois par suppuration. Cette maladie a une grande tendance à récidiver. La plupart des malades observés par M. Louis en étaient atteints pour la deuxième, troisième et quatrième fois. Chez ces quatre malades, la durée moyenne fut de huit jours; chez les trente-neuf observés à la Charité, elle fut de neuf jours. Chez les individus qui furent soumis à l'emploi de la saignée, la maladie dura, terme moyen, dix jours un quart.

Dans les quatre cas, la maladie fut abandonnée à elle-même; la diète, le repos, les boissons délayantes, furent les seuls moyens mis en usage. M. Louis n'eut pas recours aux émissions sanguines, dont l'inefficacité lui a été démontrée par les faits recueillis à l'hôpital de la Charité.

*Inflammation de l'épiglotte.*

L'épiglottite simple n'a été observée qu'une seule fois. Ce cas est relatif à un jeune homme de 28 ans, doué d'une forte constitution, qui entra à l'hôpital le cinquième jour de l'invasion de la maladie. Au début, douleur à la région antérieure du cou, dysphagie, altération de la voix, retour des boissons par le nez. A son entrée, la gorge fut explorée avec soin; le pharynx fut trouvé sain, l'épiglotte était rouge, épaisse et faisait saillie à la base de la langue. Deux applications de sangsues diminuèrent les accidens, et la guérison fut complète le treizième jour.

*Laryngo-trachéite.*

Il ne s'en est présenté que deux cas. L'altération de la voix en fut le principal symptôme. Un des malades en était atteint pour la deuxième fois. Des fumigations de jusquiame furent dirigées vers la gorge, et la guérison eut lieu en trois jours.

*Catarrhe pulmonaire.*

Cinq malades ont été atteints de catarrhe pulmonaire aigu. Chez tous, toux suivie d'une expectoration de crachats muqueux plus ou moins abondans, douleurs sous-sternales, léger mouvement fébrile. Chez tous, à l'exception d'un seul, râle crépitant dans toute la hauteur de ce côté de la poitrine. La durée du séjour de ces malades à l'hôpital a été de quatre, cinq et dix jours. Le durée de la maladie a été de treize à vingt-six jours. Les phénomènes secondaires ont été nuls; le mouvement fébrile étant à peine marqué. Dans l'intention de diminuer la toux, qui était le symptôme prédominant, on a joint aux boissons adoucissantes quelques légers narcotiques. Le catarrhe pulmonaire chronique a été observé trois fois.

*Dilatation des bronches.*

Trois malades affectés de catarrhe pulmonaire chronique ont offert les signes de la dilatation des bronches. Un d'entre eux a succombé, et la nécropsie a confirmé le diagnostic. Ces malades étaient âgés de 20, 34 et 50 ans; ils toussaient tous depuis un temps plus ou moins considérable. Le premier cas est relatif à une femme qui fit, il y a un an; un séjour de deux mois à l'hôpital. Elle sortit soulagée; elle est rentrée cette année. Elle a été affectée successivement de variole et de gangrène du poumon. A l'ouverture, on a trouvé dans un des lobes inférieurs cinq à six tuyaux bronchiques ayant un volume triple et même quadruple de l'état normal. Les deux autres font remonter leur catharre, l'un à cinq ans, l'autre à six mois. Ils n'avaient jamais éprouvé d'hémoptysie.

*Siége.* Dans les trois cas dont il est ici question, la lésion des bronches avait son siége dans les lobes inférieurs. Les symptômes observés ont été l'obscurité du son et la bronchophonie. Ces symptômes appartiennent aussi à l'affection tuberculeuse du poumon; mais les symptômes généraux suffisent pour établir entre les deux maladies des différences tranchées. Dans la dilatation des bronches, la toux, qui est ordinairement suivie de crachats opaques, jaunâtres ou verdâtres, ne s'accompagne pas d'un amaigrissement notable; ne voit pas chaque soir un mouvement fébrile apparaître, et se terminer la nuit par des sueurs abondantes. Il est rare que des hémoptysies surviennent pendant le cours de cette maladie, dont la marche est toujours lente. Le siége fournit encore de nouveaux caractères différentiels. La dilatation des bronches s'observe, en général, dans les lobes inférieurs; les tubercules, au contraire, sont toujours plus nombreux au sommet qu'à la base des poumons. Sur douze cas de dilatation des bronches, consignés dans les ouvrages des bons observateurs, neuf fois la lésion occupait les lobes inférieurs et trois fois les lobes supérieurs.

Dans aucun des cas observés par M. Louis, il n'a existé d'épaississement ou d'ulcération de la muqueuse bronchique; la dilatation était la seule altération.

Le traitement est celui du catarrhe pulmonaire chronique.

*Gangrène de poumon.*

Des cinq malades atteints de cette affection, trois ont succombé, deux ont guéri. Ils étaient âgées de 17 à 48 ans. Les deux qui sont sortis guéris étaient atteints d'un catarrhe pulmonaire depuis deux mois, l'autre depuis cinq mois, lorsque l'expectoration a revêtu le caractère gangréneux. La poitrine était le siége d'une douleur vague, profonde. Le son était obscur au niveau de la partie affectée; l'auscultation faisait entendre tantôt un râle crépitant manifeste, tantôt un gargouillement évident, quelquefois du souffle tubaire. L'odeur des crachats était variable; elle était tantôt celle d'une macération anatomique, ou du plâtre humide, tantôt elle était stercorale. Ces deux malades éprouvèrent des hémoptysies abondantes.

*Symptômes.* La douleur a existé dans quatre cas. Chez deux malades elle s'est manifestée au début; chez deux autres elle est survenue à une époque plus ou moins éloignée de l'invasion. Elle a été vive dans un cas, et n'a cédé qu'à l'emploi des ventouses scarifiées. Les crachats exhalaient une odeur analogue à celle du plâtre humide, d'une macération anatomique. Cette odeur était, à une certaine époque, manifestement gangréneuse. Leur couleur était tantôt d'un jaune et tantôt d'un blanc sale; ils n'étaient pas aérés, et présentaient les caractères d'un pus fétide. L'expectoration était parfois très-abondante. Nous avons vu les malades remplir leurs crachoirs en quelques minutes. Il y eut dans deux cas des hémoptysies copieuses. Un malade expectora en un instant trois ou quatre palettes de sang. Le bruit respiratoire offrit des modifications variables. On entendit quelquefois un souffle tubaire, une fois la respiration était amphorique. Le son fut mat dans quelques cas. Il y avait, en général peu de prostration.

M. Louis pense que cette maladie peut se terminer par le retour à la santé. Il a observé cette terminaison chez deux des cinq malades qui lui ont présenté des symptômes de la gangrène de poumon. M. Louis ne pense pas que la gangrène du poumon soit consécutive à l'inflammation de cet organe. Il la considère comme une affection primitive, et de même nature que la pustule maligne. Le cercle inflammatoire qui environne l'escarre est le résultat de l'irritation produite par la gangrène, et le produit du moliment de la nature, qui tend à séparer le mort du vif.

*Les fumigations de chlore* paraissaient un des meilleurs moyens à employer contre la gangrène du poumon.

*Pleurésie.*

Dix-sept malades ont été affectés de pleurésie. Ils étaient âgés, terme moyen, de 29 ans, et jouissaient d'une bonne santé au moment de l'invasion.

Au début frisson, fièvre, douleur de côté, décubitus variable, soit vive, légère diminution des forces.

La douleur a eu lieu dans tous les cas. C'est le premier symptômes qu'aient éprouvé les malades, à trois exceptions près. Chez ces trois malades, elle n'est survenue qu'après douze à vingt-quatre heures de malaise fébrile. La douleur a été généralement faible; elle n'augmentait ni par la pression, ni par les mouvemens des membres thoraciques. Son siége était variable; elle occupait tantôt la région du sein, tantot d'autres parties des parois thoraciques. Elle était rarement pongitive.

La dilatation de la poitrine du côté affecté est un phénomène assez constant; il n'a manqué que dans deux cas.

*La matité du son* n'a également manqué que dans un cas. La diminution de ce phénomène coïncidait avec un rétrécissement du coté affecté. Dans aucun cas la pleurésie n'a été double. M. Louis ne l'a observée que chez les tuberculeux.

Chez les dix-sept malades qui font le sujet de ces observations, la maladie a eu son siége à droite à peu près dans la moitié des cas. En réunissant à ces faits un certain nombre d'autres recueillis à la Charité, M. Louis a constaté que la pleurésie avait plus souvent son siége à droite qu'à gauche; de plus, sur quatre cents cadavres que M. Louis a ouverts, il a trouvé cent fois des adhérences à droite et soixante-quatorze fois à gauche. Enfin un autre ordre de faits concourt à prouver cette prédilection de la pleurésie pour le côté droit. Pour que le pneumothorax se forme, il faut que la cavité de la plèvre soit libre d'ad-

hérences. Or, il résulte du relevé des cas de pneumothorax fait par M. Reynaud, que sur quatre-vingts cas, la maladie a occupé quarante-neuf fois le côté gauche, et 31 fois le côté droit.

La marche de la maladie a été lente en général. Ce n'est que tard que les malades se sont rendus à l'hopital C'est après vingt, trente, quarante jours, et même après trois et cinq mois de maladie. Sa terminaison a toujours été heureuse. M. Louis n'a jamais vu un malade succomber à une pleurésie simple.

Le traitement a consisté en saignées générales et locales. Les malades étaient en même temps soumis à l'usage de boissons pectorales au début, et nitrées lorsqu'il y avait épanchement. M. Louis a renoncé a l'emploi du vésicatoire, qui a l'inconvénient d'augmenter le mouvement fébrile. Il se borne à faire couvrir le côté affecté d'un large morceau de sparadrap ou d'un emplâtre de poix de Bourgogne, qui ne déterminent pas une nouvelle inflammation et ont l'avantage de soustraire la poitrine à l'influence du froid.

## CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

*Violente contusion de l'hypochondre droit; large déchirure du foie, par la chute d'un pain de munition; épanchement; mort; autopsie.*

Les corps contondans qui agissent sur les viscères du bas-ventre sans pénétrer dans cette cavité, bornent rarement leur action à un seul de ces viscères; presque toujours ils l'étendent à plusieurs en même temps. Tous les organes qui y sont renfermés ne sont pas également susceptibles de contusion et de commotion. Ceux qui sont immobiles ou presque immobiles, d'un volume et d'un poids considérable, le foie, la rate, y sont beaucoup plus exposés que les intestins ou la vessie, parties creuses et glissantes.

Les accidens qui peuvent résulter de ces lésions sont nombreux et variés.

Lorsque la contusion est violente elle peut faire périr le malade sur-le-champ, ou au bout d'un court espace de temps. Dans ce cas, à l'ouverture des corps, on trouve le foie, la rate écrasée; ou d'autres fois les intestins et l'estomac lui-même meurtris, déchirés.

La structure glandulaire et le volume du foie expliquent ses fréquentes ruptures.

Cet accident est presque toujours mortel. Tel a été le cas d'un jeune malade couché dans le service du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Ce jeune homme, qui avait été reçu au n° 7 de la salle Sainte-Marthe, était âgé de 21 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique (maçon)

Il fut admis le 30 avril dernier dans la matinée. A son entrée, il était presqu'expirant, son pouls était petit, fréquent et concentré, ses extrémités étaient froides, son visage, ses traits étaient notablement altérés, son ventre était dur, tendu, douloureux, même sans pression, surtout vers l'hypochondre droit.

La chute d'un corps dur, d'un pain de munition pesant six livres, qui lui était tombé sur l'abdomen, avait déterminé ces graves accidens.

En effet, on sut des personnes qui le transportèrent à l'hôpital, que ce jeune homme, voulant atteindre un pain logé sur une armoire élevée de six à sept pieds, se servit d'une chaise qui se cassa au moment où il tenait ce pain de munition, qui, abandonné, vint lui tomber sur le ventre.

A son entrée, le ventre était tellement dur et douloureux, que le toucher ne pouvait lui faire subir une seule ligne d'abaissement.

L'examen attentif du mécanisme de la respiration fit craindre que le diaphragme lui-même n'eut été déchiré, car il n'existait aucune harmonie dans l'action des muscles inspirateurs et expirateurs *thoraciques* et *abdominaux;* enfin tous les symptômes d'une violente péritonité existaient.

L'état du pouls s'opposant à la saignée générale, on combattit ces graves accidens par *des saignées locales, des sangsues, des cataplasmes émolliens, un bain* qui fut donné amena une notable amélioration dans son état; le pouls se releva. Le ventre devint moins douloureux; enfin des *demi-lavemens* provoquèrent quelques selles.

Ces moyens furent continués pendant deux jours, au bout desquels les accidens reparurent avec force, et quoique la marche de la maladie eût pu être plus rapide, eu égard à la lésion que l'autopsie a fait reconnaître, la mort ne la termina que le quatrième jour après l'accident.

Quelques heures avant, à la visite du matin, son pouls était misérable, sa respiration rare, difficile. Les douleurs étaient toujours très-vives dans tout l'abdomen, qui était dur et tendu, la langue était sèche, la face entièrement décomposée; yeux ternes; pouls petit, serré, très-fréquent comme à son entrée, respiration de plus en plus rare et difficile, enfin mort en pleine connaissance.

L'ouverture du ventre a fait reconnaître qu'il y avait une augmentation considérable de sérosité péritonéale, avec formation de fausses membranes; une grande quantité de matières bilieuses formait l'épanchement observé pendant la vie.

Ainsi que le professeur l'avait annoncé, on trouva que le grand lobe du foie était divisé par une déchirure qui, partant de la face convexe, contournait son bord externe et s'étendait jusqu'à sa face concave; cette déchirure, qui avait un pouce à peu près de profondeur, en offrait huit à dix en longueur.

Les intestins participaient à ce désordre, leur couleur brune, noirâtre indiquait assez qu'ils avaient subi une vive inflammation.

## CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

*Développement d'hydatides dans le corps de l'humérus; fracture de cet os; articulation contre nature; résection du bout inférieur; abondante suppuration; mort subite; autopsie.*

On appelle *mort subite*, dit M. Dupuytren, la cessation brusque et inopinée de toutes les fonctions vitales. Ce genre de mort est déterminé par un grand trouble dans l'économie animale, par l'interruption

des rapports mutuels entre les principaux organes de cette économie.

On a défini aussi, sous le nom de mort subite, celle qui, dépendant d'une maladie ou d'un accident quelconque, emporte des sujets dont l'état de santé antérieur, la bonne constitution et la vigueur, promettaient encore une longue suite de jours.

Cette mort frappe au milieu de leurs occupations, de leurs plaisirs, de leur sommeil, des sujets qui jouissaient d'une santé florissante; elle en surprend d'autres dans le cours d'une simple indisposition, d'une convalescence ou d'une maladie qui ne paraît pas menacer actuellement leur vie.

Parmi les causes de mort subite rapportées par les auteurs, on trouve la suivante : un fluide aériforme peut s'accumuler dans les cavités droites du cœur en grande quantité, et les distendre au point d'en arrêter les contractions, et de tuer à l'instant.

Un exemple de mort semblable s'est offert l'année dernière dans une petite ville du département de la Marne. Un négociant revenant d'une foire, s'arrêta dans une auberge pour y passer la nuit. Il était fort tranquille auprès du feu, lorsque tout-à-coup, dans un moment où on lui parlait de son commerce, il tomba de son siége, poussa un soupir et expira.

Deux médecins s'étant réunis pour faire l'ouverture du cadavre, ne trouvèrent d'autre cause de mort qu'une énorme distension de l'oreillette et du ventricule pulmonaire par un gaz qui s'échappa aussitôt qu'une incision lui eut donné issue.

Souvent la mort prématurée ne saurait être prévue; le sujet qui en est victime parait jouir encore de beaucoup de vie, tandis qu'il se développe dans tout son être, ou dans quelques-uns de ses organes, une maladie quelconque, qui n'est indiquée par aucun symptôme, et qui, dans sa marche régulière, ne compromettant pas ordinairement l'existence, l'anéantit, cependant quelquefois en suivant une marche anomale, ou en faisant métastase sur les viscères centraux.

Tel est le cas d'un malade pour lequel nous avions espéré un meilleur sort.

A peine âgé de 24 ans, d'une bonne constitution, d'une santé générale satisfaisante, ce jeune homme, à la suite d'une rixe avec quelques jeunes filles, se fractura le bras en voulant lancer une pierre un peu lourde à l'une d'elles.

Ainsi que nous l'avons rapporté, il se confia aux soins du curé de son village, qui lui appliqua une espèce d'appareil inamovible.

La réunion n'eut pas lieu (on sut plus tard ce qui s'y opposa) et le malade vint à Paris pour y chercher guérison.

Entré à l'Hôtel-Dieu dans le courant de novembre dernier, il excita long-temps le diagnostic du chirurgien de ce service, qui rechercha premièrement les causes qui avaient pu amener la fracture, puisqu'elle avait eu lieu sans que le membre ait subi de violence extérieure.

Il pensa que le sujet portait peut-être une maladie des os, et que c'était par suite de l'altération de leur tissu, de leur ramollissement, que la fracture avait eu lieu; mais sa santé générale combattait cette opinion.

Enfin, après avoir mis le bras dans l'appareil pendant quatre mois, la consolidation n'ayant pu se faire, et le séjour du malade à l'hôpital usant ses forces, M. Dupuytren se décida, le 14 avril dernier, à pratiquer la résection de l'humérus.

Le malade, bien disposé, bien résolu à obtenir sa guérison, fut conduit à la clinique et soumis à l'opération.

Le professeur attaqua le membre à sa face externe, fit une incision de trois pouces de longueur, alla à la recherche du fragment inférieur, l'externe, afin de détruire toutes les parties intermédiaires.

Au moment où il soulevait, et attirait tout-à-coup ce fragment au-dehors, plusieurs hydatides volumineuses se présentèrent à l'ouverture faite au bras.

Dès-lors la cause de la maladie fut reconnue.

Les hydatides, en se développant dans le corps de l'humérus, avaient usé, dilaté, écarté les parois du cylindre osseux, et par suite de cet affaiblissement l'os avait cédé à l'action musculaire. (lors de l'accident.)

Que restait-il à faire en cette occasion ? La résection *des deux bouts* de l'humérus, la réunion des deux extrémités du cylindre osseux, et l'application d'un appareil.

Ces indications n'ont pas été toutes remplies; le professeur espérant sans doute que la tumeur ne s'était développée qu'aux dépens d'un seul bout, que le supérieur n'avait éprouvé aucune altération, ou dans tout autre but que nous n'avons pu connaître, se contenta de faire la résection du bout inférieur. Pour cela il se servit d'une scie à chainons articulés, munie par une de ses extrémités d'une aiguille courbe qu'il fit passer sous la portion d'os qu'il se proposait de retrancher. Quelques mouvemens imprimés à la scie (qui cassa une première fois) suffirent pour obtenir promptement la section. Le doigt indicateur porté dans la plaie, trouva une cavité à parois osseuses remplie d'hydatides, elles y étaient renfermées comme dans un nid, les unes du volume d'une lentille, les autres de la grosseur de l'extrémité du petit doigt; deux cents de ces acéphalocytes ont pu être comptés; leur sortie était facilitée par une matière adipocireuse qui, bouillie avec de l'éther, donne ordinairement pour résidu *des paillettes*, *des lames très-brillantes*.

Après avoir fait quelques injections, le malade fut pansé simplement et reporté à son lit.

Peu d'heures après l'opération il éprouva des dégoûts, des nausées, et ces accidens furent expliqués par un épanchement sanguin qui s'arrêta par le seul secours d'un nouveau pansement.

Pendant deux ou trois jours le malade se trouva dans une assez bonne situation, quoiqu'il existât toujours de la rougeur et du gonflement au bras.

La fièvre, à cette époque, ne s'était pas encore déclarée; chaque pansement était suivi d'une nouvelle extraction d'hydatides; ce qui a fait dire au professeur que l'humérus, dans son volume ordinaire, n'aurait pu contenir la *moitié* des hydatides enlevées jusqu'à cette époque.

Le 24 avril, on retira de la plaie un corps cylindrique membraniforme qui tapissait la cavité de l'os; c'était évidemment l'enveloppe, le kiste qui renfermait les hydatides; il était séparé en deux par une ouverture qui avait été faite au moment de l'opération.

Le 26 avril, le malade se trouvait assez bien; l'inflammation avait diminué; la suppuration, quoique très-abondante, était de bonne nature; la plaie, qui avait un bel aspect, était pansée deux fois par jour.

Le 28, le professeur remarqua qu'une fusée de pus s'était tracée un passage vers l'épaule; il évacua la suppuration avec plus de soin, et lava la plaie avec de l'eau salée.

Le 4 mai, une collection purulente apparut autour de l'articulation scapulo-humérale; M. Dupuytren, la considérant comme un abcès symptômatique et non idiopathique, l'ouvrit, fit écouler une grande quantité de pus, et laissa une mèche dans l'incision; plus tard une contre-ouverture fut pratiquée à la partie postérieure externe.

Malgré l'emploi de ces moyens l'état du malade empira, il fut pris de frissons, de fièvre continue, malgré six mois de soins des plus assidus.

A quatre heures du soir, le 23 mai, peu de temps après la visite, ce jeune homme n'était plus : un râle de quelques minutes précéda l'extinction de sa vie qui paraissait devoir se prolonger encore quelque temps.

On a parlé de vin très-froid bu par le malade quelques instans avant sa mort.

Le seul contact avec l'estomac de cette boisson à la glace, aurait-il pu arrêter les battemens du cœur ?

Nous ne partageons pas cet avis : et l'autopsie cadavérique ne nous ayant fait connaître aucune trace d'altération organique qui pût donner lieu à la mort subite, nous pensons que le vaste foyer purulent qui baignait l'articulation, a porté dans les fonctions vitales un désordre assez grand pour les interrompre brusquement; et nous regrettons vivement que le professeur n'ait pas mis en pratique, chez ce malade, un conseil sage, prudent, qu'il a donné souvent dans ses leçons cliniques : « Toutes les fois qu'à la suite d'une plaie il y a grand fracas des os, avec communication de l'air extérieur : amputez! »

## COURS DE LA FACULTÉ.

### *Leçons de* M. Andral *sur l'épilepsie.*

Que signifie le mot *épilepsie*? On dit qu'un individu est épileptique lorsqu'à certains intervalles, périodiques ou irréguliers, il est pris d'un accès subit dans lequel l'action musculaire est tellement dérangée, que des contractions et des affaissemens violens se montrent en même temps ou successivement, et s'étendent quelquefois à tout le corps, d'autres fois n'attaquent qu'une seule région de muscles, ou un seul muscle, ou même une seul fibre musculaire. A une époque avancée il s'y joint une perte de sensibilité ou une suspension de l'intelligence. Les fonctions respiratoires sont aussi affectées; la bouche se remplit d'écume. Dans l'intervalle des accès il y a un parfait retour à la santé ou quelques désordres nerveux. Voilà le tableau de ce qu'on appelle *épilepsie*. Examinons maintenant les symptômes en détail.

Quant au siége de la maladie, il est évident qu'il est dans le cerveau, quoique son origine puisse exister ailleurs. De là deux divisions naturelles, dont la première a son origine dans le cerveau *idiopathique;* et l'autre son point de départ ailleurs, *symptômatique*. Ainsi le *siége prochain* étant invariablement dans le cerveau, la question qui se présente est celle-ci : « Cette maladie laisse-t-elle après elle, dans cet organe, des traces invariables de son existence? » Certainement non, et nous ignorons complétement ce qui en constitue *le caractère pathologique essentiel*. On ne trouve plus aucune lésion particulière dans le cerveau, qui puisse nous éclairer sur la cause spéciale de cette maladie, dans les cas même où le cerveau est en même temps le point de départ et le siége. Peu instruits sur les causes occasionelles ou prochaines, si nous cherchons une lésion invariable comme effet de cette cause, soit obscure, soit manifeste, nous trouvons que l'anatomie pathologique ne nous offre rien de suffisant. La conséquence est donc, que des cas nombreux sont journellement observés, dans lesquels, bien que l'épilepsie ait existé dans toute sa violence, la mort ne fait découvrir aucune lésion organique du système nerveux. Ce fait a été rendu indubitable par les recherches d'hommes versés dans cette branche spéciale de la pathologie, tels que M. Foville, qui, après avoir examiné un grand nombre de cerveaux d'épileptiques, a été forcé d'avouer que l'anatomie ne révèle ni la cause essentielle, ni les effets constans de cette maladie. Quelques auteurs, néanmoins, sont arrivés à des conclusions opposées. Ainsi, dans un ouvrage récemment publié, on avance que l'épilepsie dépend d'une altération notable du cerveau et de la moelle, altération consistant en un ramollissement ou une induration. Les exemples manquent cependant pour prouver même la fréquence de ces conditions. Quant à leur constance, des faits innombrables la démentent. Nous distinguerons toujours, en avançant dans ces leçons, l'épilepsie simple de celle qui se complique d'autres maladies, comme on le voit fréquemment, et dont la coexistence peut faire prendre pour effets de l'épilepsie des altérations indépendantes.

D'autres causes également erronées ont été données à l'épilepsie; depuis une légère hypérémie jusqu'à un ramollissement considérable. Il est très-vrai que toutes ces altérations et beaucoup d'autres encore se rencontrent journellement dans le cerveau des épileptiques; mais quand on réfléchit sur ce sujet, et qu'on examine tous les faits bien constatés, on est forcé de convenir que ces lésions ne sont que des coïncidences accidentelles, ou du moins qu'on ne peut leur attribuer que le rôle de causes *occasionelles*. Dans ces recherches il est très-important de distinguer les malades qui meurent dans l'accès, de ceux qui meurent dans l'intervalle; car les lésions diffèrent matériellement selon ces diverses circonstances. Quand on ouvre le corps de sujets morts dans l'intervalle des accès; on trouve un état parfaitement normal, ou quelques altérations organiques de nature et de situation variables. Si le malade a été enlevé dans un paroxysme, le cerveau présente les traces évidentes d'une forte congestion sanguine; les vaisseaux, grands et petits, sont gorgés de sang, et les membranes et la substance du cerveau sont extrêmement injectées. Mais est-ce là la cause de la maladie? Non certes; c'est un effet simple et naturel, qui s'accroît en même temps que l'accès, et est arrivé à son *summum* quand le paroxysme se termine. Il ne se borne pas au cerveau, mais se manfeste au cuir chevelu, à la face et même souvent au cou et aux épaules. Il occasione quelquefois ou une exhalation ou une rupture, et dès-lors dévient la cause de la mort sans être celle de la maladie. Ainsi, dans la grande majorité des cas, cette congestion n'est qu'un simple effet. Dans un petit nombre, néanmoins, la congestion peut agir comme cause occasionelle, en survenant chez des personnes prédisposées. Il est de

fait que dans, notre étude de cette maladie, il nous paraîtra nécessaire d'admettre cette cause prédisposante sans l'existence préalable de laquelle les causes occasionelles sont sans effet. Ces causes occasionelles n'en ont pas moins d'importance, et ne réclament pas moins toute notre attention.

Elles peuvent être divisées en deux classes; l'une affectant dès l'origine le cerveau et le système nerveux, l'autre dans laquelle le trouble cérébral est consécutif à l'affection d'un autre organe. Parmi les premières il en est une très-puissante, c'est un travail intellectuel excessif, qui fréquemment détermine la maladie chez les sujets prédisposés, et la renouvelle chez ceux qui déjà en ont été atteints. Les affections mentales agissent de la même manière. Chez les nouveaux-nés et les jeunes enfans, la peur est une causse fréquemment déterminante quand il y a prédisposition; l'émotion trop vive produite chez eux par un récit effrayant peut produire le même effet. Je me souviens d'une jeune personne qui fut prise du premier accès d'épilepsie pour avoir été chatouillée à la plante des pieds. Ces accès revinrent fréquemment par la suite, et parvinrent enfin à un tel degré que le plus léger chatouillement produisait immédiatement un accès. Chez quelques sujets, les sensations sont tellement disposées que certains objets, certaines circonstances sans effet sur d'autres, produisent chez elles un accès. Ainsi on rapporte le fait d'un homme qui était constamment pris d'un accès à la vue d'un objet rouge. Chez d'autres le même effet est produit par les odeurs fortes. On cite encore l'exemple d'un homme qui tombait en épilepsie en entendant un bruit violent ou désagréable, et qui guérit en bouchant ses oreilles avec du coton. Une douleur vive est aussi une autre cause occasionelle. J'ai vu une femme qui était tourmentée par un cancer induré du sein, et qui avait un accès toutes les fois que la douleur y était plus vive qu'à l'ordinaire; elle pouvait même prédire l'accès par les sensations qu'elle éprouvait au sein. Une fatigue ou des veilles excessives doivent être jointes aux causes de l'épilepsie. Tissot rapporte le cas d'une jeune femme qui fut prise après avoir plongé ses pieds dans l'eau très-froide. Divers autres agens, tels que les liqueurs spiritueuses, le café, les stimulans diffusibles, quelques poisons, surtout ceux de la classe des narcotiques, ont produit de semblables effets. Chez un sujet, un accès suivit une faible dose d'extrait de jusquiame. Enfin l'isolation, le séjour dans la foule, aux églises, aux théâtres, etc., et l'usage trop fréquent des bains chauds, doivent être regardés comme pouvant occasioner l'épilepsie.

Il y a un grand nombre de causes différentes qui agissent de la même manière sur le système nerveux, et par conséquent indiquent que le point de départ de la maladie est dans ce système. Dans divers changemens ou conditions morbides de ce système, nous trouvons également, sans nous reporter aux causes externes, la cause occasionelle du mal. Tissot rapporte le cas d'un jeune homme chez lequel les accès étaient toujours renouvelés par la pléthore cérébrale et la rougeur de la face, et finissaient par une hémorrhagie nasale abondante. Du reste, il n'est aucune maladie du cerveau ou du système nerveux, qui, lorsque la prédisposition existe, ne puisse donner naissance à l'épilepsie.

La seconde série de causes, ou celles qui agissent au début par d'autres organes que ceux qui appartiennent au système nerveux, est également très-nombreuse. Parmi les plus puissantes, sont les irritations des organes digestifs, la dyspepsie, les vers et surtout le tœnia. Tissot rapporte un fait dans lequel les organes digestifs étaient si irritables, que le malade fut obligé de se condamner à un régime composé de lait, de pain, de miel et de raisin, bien certain qu'il était d'éprouver un accès s'il touchait à de la soupe ou à un mets quelconque. Diverses lésions organiques peuvent aussi coexciter avec, ou occasioner la maladie; l'induration du foie et diverses affections de vessie ont été notées surtout comme y donnant lieu. L'enlèvement de ces causes, par la lithotomie et l'écrasement du calcul suffit souvent alors pour guérir le mal. J'ai dans une autre leçon appelé l'attention sur l'influence des organes génitaux; cette influence est très-marquée aux époques de la menstruation, dans la grossesse, etc., et par les effets de l'onanisme.

Il est quelques lésions spéciales de la surface du corps qui semblent devenir causes occasionelles de l'épilepsie plus souvent que d'autres, par la réaction qu'elles déterminent sur le système nerveux; on sait que les tumeurs sous-cutanées, par exemple, de différentes natures et à divers degrés, agissent si puissamment en ce sens qu'il suffit quelquefois de les toucher pour produire un accès. Les ganglions développés sur le trajet des nerfs déterminent souvent le même effet. Avant d'aller plus loin, je dois citer un fait rapporté par Pouteau, dans lequel cette influence est remarquable. Le malade était âgé de 30 ans, il avait reçu un coup au sommet de la tête qui avait divisé les tégumens dans une étendue considérable; la plaie resta long-temps ouverte, et pendant ce temps il n'éprouva aucune maladie convulsive; mais à peine fut-elle cicatrisée qu'un accès d'épilepsie se déclara, et revint par intervalles pendant un an La cicatrice s'ouvrit alors et dès-lors plus d'accès. Il se fit une légère exfoliation de l'os, la plaie se referma par la négligence du médecin, et l'épilepsie revint. On rouvrit de nouveau la plaie et on la tint ouverte, et l'épilepsie disparut complétement. D'autres faits non moins curieux ont été rapportés.

Ainsi dans le 62e volume *de la Bibliothèque médicale*, le docteur Poussin, de Montpellier, a publie le cas d'un jeune homme qui était pris d'épilepsie chaque fois que le temps devenait orageux. Diverses conjectures furent faites vainement pour découvrir de quelle manière avait lieu cette influence, lorsqu'on remarqua enfin qu'avant chaque accès, le sujet se plaignait d'éprouver des battemens dans une dent cariée. Des recherches subséquentes ne permirent pas de douter que l'électricité de l'atmosphère n'agit sur cette dent et n'y produisit une irritation qui occasionait l'accès. Pendant deux ans le malade avait souffert; en examinant la bouche, on remarqua que lorsqu'on touchait la dent canine supérieure du côté droit, il survenait immédiatement des contractions convulsives des muscles de la face. Un examen encore plus attentif fit découvrir un point carié borné à la partie supérieure de la dent; en formant un cercle galvanique avec des fils de zinc, d'or, d'argent ou d'archal, le contact des métaux avec le point carié détermina immédiatement un accès d'une extrême violence. L'extraction de la dent fit disparaître pour toujours l'épilepsie. Un autre cas plus

extraordinaire encore est rapporté par M. Lemercier. Un individu contracta un chancre, et dix jours après un bubon parut du volume d'un œuf de poule, accompagné d'un violent accès de fièvre. On parvint à résoudre le bubon, mais le soir même un accès d'épilepsie eut lieu. M. Lemercier appliqua immédiatement un vésicatoire à l'aîne, le bubon reparut et l'épilepsie cessa.

M. Andral, après avoir rappelé la classification de M. Esquirol, poursuit ainsi : toutes ces causes peuvent agir aux différens âges, mais leur influence n'est pas égale, et il est bien avéré qu'elle est d'autant plus prononcée, que le sujet est plus jeune; le relevé suivant, fait à la Salpétrière, chez les femmes, en est une preuve remarquable.

| | | |
|---|---|---|
| De 1 à | 5 ans, | 18 cas. |
| 5 | 10 | 12 |
| 10 | 15 | 11 |
| 15 | 20 | 10 |
| 20 | 25 | 4 |
| 25 | 30 | 4 |
| 30 | 35 | 1 |
| 35 | 40 | 2 |
| 40 | 45 | 1 |
| 45 | 50 | 2 |
| 50 | 55 | 0 |
| 55 | 60 | 1 |
| | | 66 cas. |

On regarde vulgairement l'épilepsie comme héréditaire; mais les relevés statistiques ne sont pas encore assez nombreux pour décider la question. M. Bouchet a rassemblé quelques observations qui, quoique peu nombreuses, ont néamoins de l'intérêt. 14 femmes épileptiques ayant eu 58 enfans, 32 moururent jeunes et avec des convulsions. Des 26 qui survécurent, 14 n'ont jamais été atteints d'épilepsie et d'aucune autre maladie nerveuse. 7 ont eu diverses affections de ce genre, sans convulsions; 2 seulement ont été épileptiques, 2 ont eu des convulsions simples, et 1 fut hystérique.

Un petit nombre de faits semblables sont indiqués dans les ouvrages de Boerrhaave et de A. Lusitanus, Ce dernier rapporte le fait d'un père et de huit enfans qui furent tous épileptiques. Quant à cette question, si une influence exercée sur la mère pendant la grossesse peut rendre les enfans épileptiques, il n'y a certainement aucun fait qui le prouve, bien qu'il paraisse assez évident que ces impressions peuvent déterminer de simples convulsions. On a dit que le lait des nourrices épileptiques communique la maladie; aucun fait authentique ne le prouve. Une circonstance singulière est cependant arrivée à Portal, qui la communiqua à M. Petit, de l'Hôtel-Dieu. Il soignait une famille dans laquelle était un jeune enfant en nourrice. L'enfant fut attaqué d'épilepsie, toute la famille et la nourrice étant parfaitement exemptes de cette maladie. Cependant on prit une autre nourrice et l'épilepsie cessa.

On suppose que l'épilepsie est plus fréquente au printemps et en été; ceci n'est pas sans exeptions, et dans quelques cas la maladie est aggravée par le froid. Dans un cas entr'autres, que j'ai observé, le mal disparaissait en été, revenait au commencement de l'hiver, était exaspéré toutes les fois que la température baissait beaucoup, et disparaissait en même temps que le froid. Dans un grand nombre de cas, l'accès survient la nuit, et il serait difficile de décider si le sommeil ou l'absence du soleil en est la vraie cause; toutes les deux y contribuent peut-être. Enfin il est hors de doute que les femmes sont plus sujettes que les hommes à l'épilepsie.

*Taille suspubienne; pneumonie intercurrente; guérison, par M.* Souberbielle.

M. Laire, âgé de 78 ans, demeurant à Viroflay, souffrait depuis cinq ans chaque fois qu'il urinait. Les douleurs avaient augmenté progressivement, et leur intensité était devenue alarmante. Je fus appelé auprès de ce malade le 28 octobre 1832. Sa position présentait tant d'urgence, que je l'opérai de suite par le haut appareil. Je lui fis l'extraction de deux calculs ayant chacun la grosseur et la forme d'un macaron, et d'une nature très-compacte. L'opération fut faite en présence de M. le docteur Despagne, son médecin, de plusieurs autres médecins de Versailles, et de M. le docteur Payen.

Voici ce qu'il y eut à remarquer dans cette opération. Après avoir incisé la vessie, je portai mon doigt dans sa capacité sans trouver de calcul : je dirigeai ensuite mes recherches vers son col, et je reconnus les calculs qui étaient chatonnés dans le bas-fond de la vessie, derrière la glande prostate. Je portai le bistouri gastrique dans la poche; je prolongeai l'incision vers le col, et je fis l'extraction des calculs.

La symphise des pubis faisait une forte saillie en avant, ce qui rendit l'opération difficile. Le malade ayant été remis dans son lit, et le siphon établi, les urines prirent aussitôt leur cours par la sonde placée dans la vessie par l'urètre.

Les quatre ou cinq premiers jours se passèrent dans le plus grand calme, sans aucune espèce de souffrance. Mais du cinquième au sixième jour, le malade éprouva des crampes aux cuisses et aux jambes : elles avaient assez de ressemblance avec les crampes des cholériques, et nous craignîmes que le malade ne fût atteint de cette affection. Ces crampes ou mouvemens spasmodiques se portaient vaguement, tantôt sur une partie du corps, tantôt sur une autre. Nous les pourchassions par des sinapismes et des cataplasmes. Ces irritations attaquaient aussi la vessie. Je supprimai le siphon vers le quatorzième jour, et les urines prirent leur cours en totalité par la plaie.

Au milieu de ces divers accidens, il se déclara une fluxion de poitrine, le seizième jour après l'opération. Il fallut pratiquer *une forte saignée* au bras, et appliquer *un large vésicatoire* sur la poitrine. L'expectoration étant très-difficile, on fit prendre des *lochs huileux kermatisés*; on fit usage *du landanum de Rousseau*, ainsi que de tous les moyens propres à calmer l'irritation.

Malgré ces graves accidens, la plaie suivait toujours sa marche vers sa guérison, qui fut complète le trente et unième jour, sans qu'on eût mis de sonde depuis le quatorzième.

ANNALES

# D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

# DE MÉDECINE LEGALE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, D'ARCET, BARRUEL, CHEVALLIER, DEVERGIE, ESQUIROL, GAULTIER DE CLAUBRY, KERAUDREN, LEURET, MARC, ORFILA, PARENT-DUCHATELET, VILLERMÉ.

(NUMÉRO DE MAI 1833.)

## RAPPORTS

### SUR UN CAS D'EMPOISONNEMENT ET D'ASSASSINAT.

*Par* MM. Chevallier et Boys de Loury,

—

Le 31 août, vers les cinq heures du matin un homme jeta sous la deuxième arche du pont de la Tournelle, un objet qui fut reconnu pour être la tête d'un homme; cette tête fut plus tard reconnue pour être celle d'un nommé Ramus, ancien militaire et garçon de caisse d'un receveur des contributions à Paris. Le tronc du cadavre fut retrouvé dans l'égout de la rue de la Huchette, les deux jambes étaient près du pont Neuf, dans la Seine.

La tête et le corps de Ramus ayant été déposés à la morgue, l'autorité ordonna l'autopsie et l'examen des matières contenues dans l'estomac et les intestins: voici les rapports faits à ce sujet:

Le 1er septembre 1832, nous Jules Boys de Loury, docteur en médecine, sur la réquisition de M. Sonier Derfort, commissaire de police, avons, après avoir prêté serment entre ses mains, conformément à la loi, procédé en sa présence à l'examen extérieur d'un cadavre de sexe masculin, déposé à la morgue et coupé en quatre parties, cadavre que l'on a reconnu être celui du nommé Ramus, porteur de contraintes.

Malgré les rapports dressés par d'autres médecins sur les parties trouvées avant le tronc, et quoique nous fussions appelé pour constater seulement l'état de cette dernière partie, nous n'avons pas cru inutile de décrire la totalité de ce cadavre, pour indiquer les rapports que les divers tronçons avaient entre eux et pouvoir en constater la parfaite identité.

Les parties réunies et adaptées aussi bien que leur état a pu le permettre, nous avons mesuré le cadavre depuis le sommet de la tête jusqu'aux talons; sa taille était de cinq pieds sept pouces (un mètre soixante-dix-neuf centimètres).

La peau est blanche généralement; les poils existant aux parties génitales, sous les aisselles et sur le milieu de la poitrine sont de couleur châtain-clair. Le corps est maigre, sans cependant que les côtes soient en saillie sur la peau, les membres sont très-musclés, principalement les cuisses et les jambes.

Toute l'habitude extérieure indique un homme de trente à trente-cinq ans. L'expression de la figure ne présente aucune empreinte de douleur ni même d'anxiété: les traits sont calmes, les yeux entr'ouverts, la bouche béante; le teint est pale et livide; rien dans les traits n'indique qu'une lutte ou une pénible agonie ait précédé la mort.

Une petite blessure semi-lunaire existe en haut du front, sur la ligne médiane; à la partie interne du sourcil gauche, on remarque une contusion avec enlèvement de l'épiderme; une contusion semblable existe à la partie gauche et supérieure du nez. La joue droite est rouge et légèrement tuméfiée, les incisives latérales gauches présentent une usure circulaire indiquant une longue habitude de fumer avec une pipe de terre. La langue ne dépasse pas les dents.

Le tronc, les membres supérieurs et inférieurs ne présentent aucune blessure, même aucune contusion. A la région moyenne et dorsale de l'avant-bras droit est un signe verruqueux avec quelques longs poils. Aucune tache de naissance, aucune excroissance de la peau n'existent sur d'autres parties du corps.

Les mains sont légèrement fléchies, sans contraction marquée; la peau des mains et de la plante des pieds est ridée et blanchie par le séjour dans l'eau, quoique ce séjour paraisse avoir été de peu de durée.

L'incision qui sépare la tête du tronc commence immédiatement au-dessous du menton à un pouce et demi de la symphise de l'os maxillaire inférieur. La peau a été coupée circulairement, une seule incision commençant sur le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien droit, s'étend jusqu'à la corne postérieure gauche du cartilage thyroïde. Cette incision bien nette a coupé la membrane thyro-hyoïdienne, les muscles qui s'attachent à l'hyoïde; elle a laissé à découvert par la rétraction de la peau, une ligne et demi du cartilage thyroïde. C'est probablement cette incision qui a pénétré au-delà du larynx et du pharynx, coupant l'épiglotte à sa base qui est restée attachée à la langue; ouvrant en même temps les artères carotides primitives, un pouce avant leur bifurcation et les veines jugulaires; divisant les nerfs pneumogastriques des deux côtés, les muscles qui s'attachent à l'os hyoïde pour se diriger en bas et en arrière : cette incision s'arrête aux muscles grand droit antérieur, et long du cou.

Une autre incision partant du côté droit de la première et qui commence à la ligne marquée par le trapèze, s'étend jusqu'au côté gauche des vertèbres cervicales; cette incision a pénétré profondément dans les muscles postérieurs du cou, coupant le trapèze, l'angulaire, le splénius, les grands et petits complexus et le transversaire épineux. Enfin une troisième incision de trois pouces de longueur rejoint les deux autres au côté gauche du cou, coupant toutes les parties que nous venons d'énumérer du côté opposé.

La décollation a dû être faite en trois reprises différentes, par un instrument coupant bien et ayant une lame d'une certaine longueur. Nous remarquons cependant que la première des parties de l'incision totale est la plus nette; nous pensons qu'elle a été pratiquée la première et qu'elle a été la cause de la mort, les autres n'ayant été faites qu'après coup; la décapitation a été exercée entre les quatrième et cinquième vertèbres cervicales. Les sections que nous avons indiquées sur la peau du cou, présentent des rapports exacts entre la tête et le tronc. Sur le côté droit de la portion du cou tenant à la tête, il existe une seconde incision à un pouce au-dessus de la première, et formant un lambeau qui intéresse la peau, la partie supérieure du sterno-cleïdo-mastoïdien, les muscles postérieurs du cou, et s'arrêtant en arrière à l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre cervicale. Cette section n'a pas été continuée par l'assassin, parce qu'elle ne joignait pas la première.

La jambe droite a été séparée de la cuisse par une incision circulaire, mâchurée en dehors, nette en dedans, faite immédiatement au-dessus de la rotule, coupant l'attache du muscle droit antérieur de la cuisse, toute la masse des muscles de la partie interne de la cuisse, le droit interne, le couturier, les demi tendineux et demi membraneux, enfin les fibres si fortes et si épaisses des muscles gastrocnémiens et soléaires, sur une jambe vigoureusement musclée, ont été tranchés du même coup, laissant à découvert les deux lignes qui se séparent des parties externe et interne des condyles, pour aller former la ligne âpre; cette incision ouvrant largement l'articulation fémoro-tibiale, laisse à nu les deux condyles du fémur revêtus de leurs cartilages, le condyle externe légèrement coupé à plusieurs reprises; ces coupures correspondent aux incisions de la section de la peau de ce côté. La rétraction de la peau et des muscles est opérée de manière à laisser entièrement à découvert les cartilages et les tubérosités du fémur; mais une partie de la couche profonde des muscles ne s'est pas suffisamment rétractée pour laisser apercevoir la partie inférieure du corps de l'os : *cette rétraction si considérable paraît indiquer que la section des membres a suivi de bien près la mort.*

La rotule de la jambe du même côté y est restée attachée, un lambeau de peau qui la retient est séparé en dehors du reste de la section, par un second coup; au bout de ce lambeau, il existe à la partie moyenne, à la peau seulement, une coupure en forme de boutonnière, ce qui indiquerait qu'à cette place on aurait voulu opérer la désarticulation, mais que la rencontre de la rotule y aurait fait renoncer. Les deux cartilages semi-lunaires sont à nu; l'externe a été entamé par l'instrument.

La désarticulation de la jambe gauche n'a pas été faite d'une manière aussi régulière que l'autre. La partie interne de la peau de la cuisse est plus hachée; la rotule reste attachée à la cuisse. Les deux cartilages des condyles sont fortement entamés; les deux condyles paraissent à l'extérieur; mais les attaches de l'articulation de la rotule avec le condyle interne ont empêché que la rétraction des muscles fût aussi sensible de ce côté que de l'autre. La peau a subi seule la même rétraction que celle du membre droit.

A la jambe, les deux cartilages semi-lunaires sont intacts, la peau s'est rétractée d'environ un pouce; chaque partie de l'incision correspond parfaitement à celle de la cuisse.

Les muscles les plus extérieurs, tant du tronc que des membres, ont acquis une même couleur livide; les muscles profonds ont conservé leur couleur rouge ordinaire; en pressant sur les veines on fait encore couler une petite quantité de sang.

De tout ce qui précède, nous avons conclu que la mort du sieur Ramus a été causée pendant son sommeil, pendant un état d'ivresse ou de narcotisme, par une large blessure portée au cou, blessure par laquelle il aura perdu une grande quantité de sang. La vie s'étant promptement éteinte, tant à cause de cette hémorrhagie qu'à cause de la section des nerfs de la vie organique, la décapitation et l'amputation des membres auront été immédiatement pratiquées par une main exercée à opérer, soit sur des cadavres d'hommes, soit sur des cadavres d'animaux, avec un instrument tranchant et long, un couteau de cuisine par exemple, ou même un couteau à amputation. L'examen des incisions annoncerait qu'elles ont été faites par la même main et par un homme vigoureux. Cependant il est à remarquer que la jambe gauche a été amputée avec moins d'adresse que la droite.

Le crime serait-il l'ouvrage de deux personnes, ou le meurtrier a-t-il mis plus d'hésitation en terminant son œuvre qu'en la commençant? La main était-elle moins assurée; l'instrument n'était-il pas déjà émoussé? C'est une question que nous ne pourrons résoudre.

Il nous paraît indispensable de s'assurer par l'autopsie de l'état des organes. Un crime si hardi peut n'avoir pas été entrepris sur un homme aussi robuste que Ramus dans un simple état de sommeil; ne lui

a-t-on pas fait prendre quelque boisson narcotique et stupéfiante ? C'est ce qu'un examen chimique seul peut faire connaître.

Le lendemain 2 septembre 1832, l'autopsie du cadavre fut opérée par MM. Briquet, Boys de Loury et Piedagnel; elle ne fit reconnaître aucune lésion remarquable; les résultats de cette autopsie donnèrent lieu au rapport suivant.

Nous, docteurs en médecine, d'après une ordonnance de M. Charles Roussigné, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en date de la morgue le 2 septembre 1832, avons été sommés à l'effet de procéder à l'autopsie du corps de Ramus, dont la tête et les jambes séparées du tronc, ont été trouvées dans différens lieux, et réunies à la morgue. Et aussi de répondre par un rapport écrit et circonstancié aux questions suivantes.

1° Quel est l'état extérieur du cadavre.

2° Si les différentes parties qui sont séparées, appartiennent à un même cadavre, sont d'un même individu.

3° Comment et avec quel instrument, a eu lieu la section de la tête, et des jambes, et si elle a eu lieu avant ou après la mort.

4° S'il y a à l'extérieur du corps des traces de lésions autres que les amputations de la tête et des jambes.

5° Quelles sont les causes de la mort.

6° A quel moment (du moins aussi approximativement que possible) elle aurait eu lieu, et combien de temps ont pu séjourner dans l'eau, les différentes parties du cadavre.

7° Si les sections de la tête et des jambes semblent avoir été faites par des personnes, ayant une habitude quelconque des opérations anatomiques, ou si elles ont été faites au contraire sans aucune espèce de calcul, ou d'adresse.

8° Faire toutes autres observations que suggéreront l'art et l'ouverture du cadavre.

9° Conserver l'estomac, les intestins, les liquides qu'ils contiennent, pour en faire l'analyse chimique.

En conséquence, le 2 septembre à une heure de relevée, nous nous sommes transportés à la morgue, et là nous avons reçu de M. Roussigné, un tronc, une tête et deux jambes, qu'il nous a dit présumer constituer le corps de Ramus, et en sa présence nous avons procédé à l'examen de ces diverses parties, puis nous nous sommes réunis les jours suivans pour rédiger le présent rapport.

### Extérieur du corps.

#### *Examen de la tête.*

En avant, sur le sommet de la tête, dans l'étendue d'environ deux pouces carrés, les cheveux avaient été coupés à environ huit ou neuf lignes du cuir chevelu; ceux du reste de la tête de couleur châtain-clair, avaient environ trois à quatre pouces de long.

A la partie postérieure de la tête, un peu à droite de la protubérance occipitale externe et au niveau des oreilles, existe une ecchymose de l'étendue d'un pouce et demi environ; le sang qui la forme, réuni en foyer au centre, imbibe circulairement la peau, le tissu cellulaire sus-péricrânien; mais au-dessus du péricrâne, il n'y a point d'épanchement, et il n'existe aucune trace de fracture. Cette ecchymose récente a eu lieu pendant la vie ou peu de temps avant la mort.

A la partie postérieure gauche de la tête, derrière l'oreille, sur l'apophyse mastoïde, existe une petite excoriation superficielle, sans épanchement sous-cutané, de deux à trois lignes de longueur et de couleur grise parcheminée; sa forme est celle d'un croissant à convexité supérieure; elle est assez semblable à celle que déterminerait la pression d'un ongle; mais quel que soit le corps qui l'a produite, elle peut tout aussi bien avoir eu lieu pendant la vie, que peu de temps après la mort.

Un peu au-dessous de celle-ci, existe une autre excoriation arrondie, dont l'épiderme est enlevé; le centre, légèrement enfoncé, semble indiquer qu'elle est le résultat d'un froissement léger ou d'une pression faite avec un corps mou et assez résistant.

#### *Examen de la peau.*

La face ne présente aucune expression particulière; les paupières sont fermées; les yeux offrent beaucoup de flaccidité, les cornées sont légèrement opaques; les lèvres sont rapprochées l'une de l'autre, les dents se touchent et laissent voir à gauche, entre quatre d'entre elles, cette usure arrondie particulière aux fumeurs.

Les favoris brun-rougeâtre, sont peu fournis; ils commencent au niveau du lobule de l'oreille, sont séparés des cheveux, et se rapprochent dessous le menton, pour cesser d'exister à environ un pouce et demi l'un de l'autre. La barbe peut avoir environ trois jours.

De la narine droite s'écoule du sang, mais en petite quantité, et de telle sorte qu'il n'y en a qu'à son pourtour.

Au milieu du front, existe une plaie triangulaire dont la base est en haut et dont les côtés ont environ trois à quatre lignes d'étendue; sa partie supérieure est plus enfoncée que l'inférieure, et le lambeau qui en résulte est refoulé de bas en haut. Cette plaie parcheminée semble avoir été produite par un corps dur qui aurait glissé de bas en haut et se serait arrêté par la résistance que lui aurait offert la peau. Du reste cette altération n'affecte que le tissu cutané; nul épanchement ne se voit au-dessous d'elle, ni à ses environs; elle peut avoir été produite peu de temps avant la mort, où après elle.

A l'extrémité interne du sourcil gauche dans l'étendue d'environ six lignes, et en suivant la direction de l'arcade sourcilière, il existe une ecchymose noirâtre de deux lignes environ de largeur, la peau en est amincie et le tissu cellulaire placé au-dessous est enfilté de sang.

Sur le côté gauche du nez, à la base de cet organe, existe une ecchymose semblable à la précédente, pour la couleur et la profondeur, étendue de trois à quatre lignes; elle offre une concavité légère, dirigée vers l'œil; et dessous la peau, existe une infiltration sanguine qui s'étend de proche en proche et donne une couleur rouge marbrée à ce côté du nez et à la portion de joue qui y correspond.

Cette ecchymose et celle du sourcil sembleraient avoir été déterminées par une même cause, tel qu'un corps contondant, qui aurait porté en même temps sur la partie interne de l'arcade sourcilière et sur la partie voisine du nez. Ces deux lésions doivent avoir eu lieu pendant la vie, et en les rapprochant des deux autres, mais beaucoup plus légères que nous avons vues exister derrière l'oreille gauche, on pourrait considérer comme probable que toutes quatre ont été produites par la pression d'une main vigoureusement appliquée sur la face, pour maintenir la tête pendant la section du cou, la paume de la main appuyant sur le pourtour de l'orbite et les doigts sur le côté de la tête.

La peau de la pommette gauche est rouge, injectée, sans épanchement sous-cutané. Pareille altération se remarque sur la peau de la joue droite et sur la face droite du nez, mais il est impossible d'établir si ces deux dernières altérations ont eu lieu pendant la vie, et il est beaucoup plus probable qu'elles sont un phénomène cadavérique.

### *Examen du tronc.*

Le tronc se compose de la poitrine, de l'abdomen, du bassin, des cuisses jusqu'à l'extrémité inférieure des fémurs et des membres supérieurs. Aucune plaie, contusion, ni lésion quelconque, n'existe sur ces différentes parties, seulement sur la crête iliaque droite se voient trois contusions de couleur parcheminée, n'affectant que le tissu de la peau, et qui ont été produites après la mort, puisque l'un de nous M. Boys de Loury, qui avait visité le cadavre la veille, ne les avait pas observées.

La peau de couleur naturelle, non altérée par la putréfaction, à l'exception d'une légère couleur verdâtre qui existe aux flancs, offre le même ton que celle de la face.

Les poils de la poitrine peu nombreux, de couleur semblable aux cheveux, mais un peu moins foncés, occupent une étendue transversale de six à sept pouces sur trois ou quatre pouces de hauteur; ils commencent seulement vers les quatrièmes côtes et se terminent aux six ou septièmes : ils sont fins, non frisés et de cinq à six lignes de longueur.

Ceux des cuisses et des bras offrent la même couleur la même longueur et sont aussi rares.

Au côté externe de l'avant-bras droit, vers la partie moyenne, existe une verrue colorée en brun, garnie de poils plus longs que les précédens.

Les doigts des deux mains sont légèrement violets vers les ongles, et sont fortement fléchis. Le pouce et l'index de la main droite sont enduits d'encre.

Aucune trace de sang, pas même au pourtour des ongles, ne s'observe sur ce corps.

### *Examen des jambes.*

Les jambes séparées des cuisses, dans les articulations fémoro-tibiales, offrent le même ton de la peau, la même rareté et la même couleur des poils, un peu de terre existe autour des orteils.

La jambe droite est entourée, au-dessous du mollet, par une ficelle, la jambe gauche offre un cordon de soie blanche, cassé et rattaché en plusieurs endroits. La malléole interne de ce membre est recouverte par une cicatrice arrondie, lisse, fine, un peu rouge, d'un pouce environ de diamètre; elle semble être le résultat d'un ancien ulcère.

Toutes ces parties réunies, le cadavre en totalité, porte cinq pouces sept lignes; il est de forte stature, les muscles prononcés, et la graisse peu abondante. La tête est volumineuse, mais en rapport avec la masse totale du corps; les jambes offrent approximativement l'étendue qu'elles doivent avoir, pour répondre aux autres parties de ce cadavre; en un mot par les signes que peuvent fournir le volume, la forme, l'étendue, la couleur de la peau, celle des poils, on peut affirmer que les quatre portions de cadavre séparées, appartiennent à un seul et même individu.

### *Section de la tête.*

La tête a été séparée du tronc par une section transversale au cou, qui a passé au-dessus du larynx et à séparé l'une de l'autre la quatrième et la cinquième vertèbre cervicale.

La surface coupée, examinée à la tête, présente une section circulaire de la peau, qui commence sous le menton, à une pouce et demi de son sommet, passe au-dessous des angles de la mâchoire, puis à deux pouces au-dessous des oreilles, et va se terminer à la nuque, un pouce au-dessous de la racine des cheveux.

A un pouce au-dessous de cette incision circulaire de la peau, du côté droit, et dans toute l'étendue du cou, d'avant en arrière, existe une autre incision de quatre à cinq pouces de long, parallèle à la précédente, et qui n'intéresse que le corps de la peau.

Considérée dans son ensemble, la surface de la plaie présente la forme d'un cône, dont le sommet est formé par la face inférieure du corps de la quatrième vertèbre cervicale et qui fait saillie de plus de deux pouces; ce qui tient à la rétraction musculaire : elle est formée d'avant en arrière, par la section des muscles sous-maxillaires, l'épiglotte coupée à sa base, les glandes sous-maxillaires, le pharynx, les artères carotides, les veines jugulaires, la colonne vertébrale, et en arrière et sur les côtés, les muscles qui l'entourent.

La surface coupée, examinée au tronc, correspond parfaitement à celle de la tête, quant à la division des organes qui composent le cou; mais les chairs sont tellement rétractées que les vertèbres forment une saillie de près de trois pouces, la peau plus rétractée encore que les muscles, forme une sorte de bourrelet circulaire autour de la plaie; elle est coupée obliquement aux dépens de la surface extérieure, circonstance importante à noter, puisque nous verrons plus bas que la portion de peau du cou qui y correspond, et qui tient à la tête, est coupée justement en sens inverse.

Cette plaie est formée d'avant en arrière, par le larynx dépourvu d'épiglotte, le pharynx, les artères carotides, les veines jugulaires, la cinquième vertèbre à laquelle adhère l'apophyse épineuse, et une portion de la lame gauche de la quatrième, puis les muscles des parties latérales et postérieures du cou.

Les muscles d'un gris sale à leur surface, sont d'une couleur rouge assez foncée lorsqu'on les incise, et autour des veines jugulaires internes dans l'étendue de plus de deux pouces, on voit une infiltration sanguine assez abondante dans la gaine cellulaire qui les entoure.

Telles sont les parties principales que l'on observe sur les deux surfaces de la solution de continuité. L'irrégularité de la coupure de la peau, les dentelures qui s'y remarquent, et diverses circonstances que nous allons relater, nous portent à penser que la tête n'a pas été tranchée d'un seul coup, mais que trois incisions au moins, auraient été faites successivement pour l'abattre. Ainsi une première incision commençant au côté droit du cou, au niveau de l'oreille, passe sous le menton, entre l'os hyoïde et le larynx, vers l'angle de la mâchoire du côté gauche, et vient se terminer derrière la branche de cet os. A un pouce de l'oreille, en se dirigeant vers cette partie, si elle avait été continuée dans cette direction, elle serait arrivée à la partie postérieure et supérieure de la tête. Cette première incision, nette, franche, faite avec un instrument parfaitement tranchant a pénétré jusqu'à la colonne vertébrale, mais nous ne pensons pas qu'elle ait intéressé les artères carotides; car, en tirant une ligne d'un angle de la plaie à l'autre, les artères sont placées en arrière.

Une seconde incision commençant par une dentelure placée à un pouce en arrière de la précédente, a été de même dirigée du côté gauche; a coupé les muscles placés à la droite de la colonne vertébrale, les artères carotides, a contourné le corps des vertèbres, puis a divisé les muscles du côté gauche du cou, et est venue se terminer à la peau, en laissant entre elles et la fin de la première incision, un lambeau de peau pointu et de deux pouces au moins d'étendue.

Ces diverses parties divisées ont dû se rétracter et laisser le corps des vertèbres à nu, alors des tentatives manifestes ont eu lieu pour désarticuler la colonne vertébrale; des incisions ont coupé en travers les muscles grand droit antérieur de la tête et long du cou, du côté droit seulement, ces incisions commencent dans l'enfoncement placé entre les apophyses transverses des vertèbres et finissent à la partie antérieure moyenne du corps de ces os. Elles n'ont pu être faites qu'avec la pointe d'un instrument, parce qu'il est physiquement impossible que le milieu d'une lame tranchante, pénètre dans les gouttières dont nous avons parlé, sans en intéresser les bords.

Une troisième incision a divisé la colonne vertébrale, en occupant le fibro-cartilage qui unit la quatrième et la cinquième vertèbre; elle a désarticulé l'apophyse articulaire gauche, coupé en travers la droite, a coupé aussi en long, le bord inférieur de la lame droite de la vertèbre dans ses trois quarts externes; mais le quart interne a cassé; l'apophyse épineuse a été coupée en travers : puis l'instrument a pénétré dans les muscles de la partie postérieure du cou, les a divisés; enfin la section s'est terminée à la peau, en la coupant obliquement, suivant son épaisseur aux dépens de sa face interne.

*Division des jambes.*

La jambe droite est séparée de la cuisse, dans l'articulation du genou, une incission circulaire semble avoir produit cette division commencée à la partie supérieure de la face antérieure de la rotule; l'incision a été dirigée en dehors, a contourné l'articulation, a gagné le côté interne du genou, et est venue se terminer à la partie inférieure de la rotule, entre cet os et le tibia, et deux pouces au-dessous du lieu où elle avait été commencée; puis d'un second coup d'instrument, au côté interne de la rotule, l'incision circulaire a été achevée, et la rotule séparée du fémur.

La jambe vue séparément, offre sur l'extrémité supérieure du tibia, les ligamens et un lambeau de peau, celle-ci est rétractée circulairement de l'articulation, et présente, en arrière, deux dentelures qui indiquent que l'incision a été faite en plusieurs temps.

L'extrémité inférieure du fémur est complètement dénudée et saille de trois ou quatre pouces; en arrière, on voit les muscles fortement rétractés, mais le retrait de la peau est beaucoup plus considérable.

Ces différentes parties examinées n'offrent aucune injection, aucun épanchement autour des gros vaisseaux.

La jambe gauche, comme la précédente, a été séparée de la cuisse dans l'articulation du genou, par une incision circulaire de la peau; mais elle est moins nette que l'incision faite à l'autre jambe, et en avant, elle présente, sur les bords, cinq petites coupures qui indiquent ou que l'instrument coupait peu, ou que la main était moins sûre; mais en revanche, elle est faite avec plus de connaissance anatomique; elle a lieu au-dessous de la rotule, et, dès lors, a favorisé la promptitude de la désarticulation.

L'extrémité inférieure du fémur est saillante, les muscles sont rétractés de plusieurs pouces, et offrent plusieurs incisions transversales; enfin quelques coupures existent sur le cartilage, et la rotule est placée devant l'extrémité inférieure de cet os.

Sur le tibia, la peau et les muscles sont de même fortement rétractés, et ces derniers présentent aussi des coupures ou hachures transversales.

Ces divers muscles sont pâles, la surface en est grisâtre, salie, et la grande réfraction qu'ils présentent, indique que les amputations ont été faites peu de temps après la mort.

## Intérieur du corps.

*Examen du système nerveux.*

L'ouverture du crâne, pour découvrir le cerveau, donne une nouvelle certitude, qu'aucune fracture n'a eu lieu à cette boîte osseuse.

Les membranes sont généralement injectées, mais à la partie supérieure droite du cerveau, l'injection est plus prononcée que partout ailleurs.

Le cerveau ne présente aucune altération maladive; il est parfaitement sain, de consistance médiocre, sa substance blanche est piquetée de points rouges, ses deux couleurs sont parfaitement tranchées.

La moelle épinière, coupée en travers à la section

des vertèbres, a éprouvé un retrait de plusieurs lignes pour la portion correspondante à la tête, et de près d'un pouce à celle qui est logée dans l'autre portion du canal vertébral.

*Examen du système musculaire.*

Les muscles qui forment les parois abdominales offrent à la région des flancs, une légère teinte verte indice du commencement de la putréfaction.

Partout les muscles sont assez rouges et à l'état normal.

Il n'existe point de raideur cadavérique, seulement comme nous l'avons dit, les mâchoires sont rapprochées.

*Examen de l'appareil circulatoire.*

Le péricarde renferme un peu de sérosité sanguinolente.

Le cœur est un peu plus volumineux que ne le comporte le volume du sujet; cependant cet état pathologique n'est pas assez développé pour entraîner un accident grave, encore moins une mort subite.

Les cavités du cœur ne contiennent pas de sang, et leur vacuité est telle, que du côté gauche, elles sembleraient avoir été lavées. Les parois de ces diverses cavités sont rapprochées d'elles-mêmes, elles se touchent.

L'aorte et les principales artères qui en partent sont également vides de sang.

Les veines caves et leurs principales divisions sont complètement vides de sang, mais elles contiennent de l'air en assez grande quantité. La présence de ce fluide peut-être un phénomème cadavérique, comme aussi il peut provenir du dehors, par sa tendance à se précipiter dans l'intérieur des gros vaisseaux qui offrent des ouvertures.

Tous les vaisseaux, artères et veines sont à l'extérieur d'une couleur blanche.

*Examen de l'appareil respiratoire.*

Le poumon droit, mou, très-sain, vide de sang, ne renferme que de l'air.

Le poumon gauche est sain aussi, mais il contient cependant de la sérosité, et lorsqu'on l'incise vers sa partie postérieure, il s'en écoule un liquide écumeux et rouge, quelques points sont légèrement emphysémateux, et dans d'autres, on remarque quelques petites ecchymoses.

La trachée artère et les bronches sont saines, la muqueuse est blanche, sans injection, la bronche gauche et la trachée artère contiennent du sang en assez grande quantité, et réuni aussi en caillot, le liquide noir et mêlé à du mucus, n'est écumeux que dans les dernières ramifications bronchiques.

Ce sang nous a semblé provenir du dehors, être entré dans la trachée par le larynx, et avoir pénétré dans le poumon gauche seulement par une simple inclinaison du cadavre.

*Examen de l'appareil digestif.*

L'œsophage contenait un liquide semblable à celui dont nous parlerons plus bas et qui était renfermé dans l'estomac, le canal était sain.

L'estomac, à l'état normal, offrait à l'intérieur, une teinte légèrement rosée et, près du pylore, une plaque brunâtre, que nous avons considérée comme le résultat d'une gastrite chronique.

Cet organe contenait environ douze onces d'un liquide chymeux, épais, blanc grisâtre, et d'une odeur très-légèrement aigre.

L'estomac et le liquide qu'ils contenaient furent mis dans des bocaux séparés, bouchés, scellés, étiquetés, et signés par M. Roussigné et nous.

Les intestins grêles sont d'une couleur légèrement rosée à l'extérieur, ils sont injectés; la muqueuse est saine. Ils contiennent surtout vers la partie supérieure du canal, un liquide chymeux jaunâtre; nous en avons extrait environ une livre, et de même que l'estomac, nous les avons conservés dans des bocaux séparés, qui ont été scellés et signés, et remis à M. le juge d'instruction.

Le foie est rouge, son incision laisse écouler un peu de sang noirâtre et visqueux.

La rate à l'état normal est exsangue.

Les reins offrent une injection remarquable de la substances corticale : du reste, ils sont sains.

La vessie saine renferme un peu d'urine.

Enfin, la verge est flasque, elle offre au côté droit du prépuce une teinte rouge que nous avons considérée comme cadavérique.

Le canal de l'urêtre sain contient une goutte ou deux d'une fluide semblable au sperme liquéfié ou à la matière d'un ancien écoulement.

CONCLUSIONS.

D'après les faits exposés ci-dessus, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Ramus n'était, avant la tentative d'assassinat dont il est la victime, atteint d'aucune maladie qui ait pu déterminer une mort subite, car le cadavre ne présente pas de traces d'apoplexie, d'anévrisme, d'épanchement dans les cavités, ni d'aucune autre altération morbide grave.

2° La mort a été le résultat de la section du cou, car le cadavre présente tous les phénomènes de la mort par hémorrhagie, toutes les cavités du cœur sont complètement vides de sang, les parois des ventricules sont en contact, l'aorte et la veine cave sont de même vides, ainsi que leurs principales divisions.

Les poumons n'offrent pas de stase de sang à leur partie postérieure; en outre la section a eu lieu pendant la vie, car il y a eu infiltration sanguine dans la tunique celluleuse des veines jugulaires.

3° La tête n'a point été séparée du tronc par une seule section, car il y a des traces de plusieurs incisions, les unes faites dans l'intention de déterminer la mort, les autres dans le but de dépécer la victime; et dans l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre ces sections, du sang a pénétré dans la trachée artère, la bronche gauche et le poumon de ce côté.

4° Rien n'indique que la section des jambes ait été faite pendant la vie, mais la rétraction considérable

qui existe aux muscles indique qu'elle a eu lieu peu de temps après la mort.

5° Ramus avait été placé dans des circonstances convenables pour qu'il n'opposât pas une grande résistance aux sévices qu'on voulait exercer sur lui, car le corps ne présente de violence extérieure autre qu'une contusion à la partie postérieure de la tête, une légère plaie contuse à l'orbite et au nez, et quelques traces de coups d'ongles à la partie postérieure du cou dernière l'oreille, toutes lésions qu'on peut croire avoir été exercées pour assurer le succès d'une première section. Il est certain qu'elles ont eu lieu pendant la vie, et dès lors on peut penser que la contusion à l'occipital a pu être déterminée par une chute en arrière, faite quelques heures avant la mort.

6° La mort a eu lieu environ trois heures après l'ingestion des alimens solides et liquides dans l'estomac, car ces alimens se trouvent encore en partie dans l'estomac et en partie dans la portion supérieure de l'intestin grêle.

7° La mort date au moins de quatre jours, car d'une part il n'y a plus de raideur cadavérique, et de l'autre la putréfaction est à peine commencée.

8° Les diverses sections ont été faites avec un instrument tranchant, pointu et à forte lame, mais n'offrant pas de grandes dimensions, tel qu'un couteau de cuisine ou de boucher, car il existe des traces de l'action d'une pointe sur les vertèbres.

9° La section de la tête paraît avoir été faite avec attention, sans trop d'hésitation, et avec un instrument bien tranchant : celui qui a servi pour les jambes l'était moins, ou si c'était le même, il avait perdu son tranchant en coupant la quatrième vertèbre. Les diverses tentatives qui ont été faites pour désarticuler les genoux indiquent que les personnes qui les ont exécutées ne sont pas habituées aux dissections.

10° Les différentes parties qui nous ont été présentées appartiennent au même individu, car la couleur des poils, le ton de la peau, l'apparence extérieure est la même, et de plus quatre vertèbres cervicales tiennent à la tête, tandis que trois vertèbres cervicales de l'apophyse épineuse de la quatrième et le larynx, sans épiglotte, tiennent au tronc. Enfin les diverses parties des sections des jambes se correspondent.

11° Il nous est impossible de déterminer la durée du séjour dans l'eau, seulement ce temps a été court.

Après l'autopsie du cadavre de Ramus, faite comme il a été dit dans le précédent rapport, l'estomac, les intestins grêles et les matières que ces organes contenaient, furent mis dans des vases scellés qui furent transportés dans le laboratoire de M. Chevallier ; ces matières et organes donnèrent lieu aux conclusions ralatées dans le travail qui suit :

Nous Jean-Baptiste Chevallier, membre de l'Académie royale de Médecine, et Jules Boys de Loury, docteur médecin, chargés en vertu d'une ordonnance de M. Charles Roussigné, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en date du 4 septembre 1832, *de procéder à l'analyse chimique des matières liquides contenues dans l'estomac et dans les intestins du cadavre du nommé Jacques-François Ramus, à l'effet de déterminer la nature de ces liquides, s'ils contiennent des matières alcoholiques ou vineuses, et en quelle quantité, comme aussi, si ces liquides, ainsi que l'estomac et les intestins, contiennent des substances vénéneuses minérales ou végétales, ou des substances quelconques de nature à compromettre la santé, telles, par exemple, que des narcotiques.*

Pour répondre au désir de cette ordonnance, nous nous sommes présentés le même jour dans le cabinet de M. le juge d'instruction, et après avoir prêté serment entre ses mains, de bien et fidèlement remplir la mission qui nous est confiée, il nous a été fait la remise de quatre bocaux scellés et cachetés contenant 1° l'estomac du nommé Ramus ; 2° les intestins grêles extraits du cadavre ; 3° les matières extraites de l'estomac ; 4° enfin les matières retirées des intestins grêles.

Remise de ces diverses objets nous ayant été faite après que la constatation des scellés nous eût démontré qu'ils étaient intacts, nous nous retirâmes et nous nous rendîmes dans le laboratoire de l'un de nous, à l'effet de procéder à l'examen physique et chimique des matières contenues dans les vases dont la remise nous avait été faite.

### *Examen de l'estomac.*

L'ouverture du flacon contenant l'estomac nous fit reconnaître que cet organe était en contact avec de l'esprit de vin : retiré de ce liquide, qui fut mis à part, nous plaçâmes l'estomac sur une assiette de porcelaine, et en l'examinant nous reconnûmes que cet estomac est dilaté, qu'il ne présente aucune marque de contraction, que la membrane péritonéale est saine, que par l'ouverture on ne remarque pas que la membrane muqueuse soit épaissie ; on aperçoit un peu de rougeur vers la partie splénique, tout le reste de l'appareil est sain, et paraît être dans l'état normal.

### *Examen des intestins.*

L'ouverture du flacon contenant les intestins grêles nous a démontré que ces intestins avaient été plongés dans l'esprit de vin ; ils étaient fendus dans toute leur longueur et ne contenaient plus de matières, celles-ci avaient été enlevées et placées dans un bocal séparé.

L'examen de ces organes fait avec le plus grand soin, ne nous a fait reconnaître aucune trace d'inflammation ; ils étaient dans l'état normal et ne présentaient aucun caractère morbide.

### *Examen des matières contenues dans l'estomac.*

Ces matières, qui pouvaient peser environ huit onces, étaient d'une couleur gris-jaunâtre ; elles avaient une odeur putride, mais on reconnaissait en outre une odeur aigre, ayant quelque chose de vineux. Ce produit était acide et rougissait fortement le papier de tournesol ; jeté sur un filtre de papier fin, et convenable, pour que la filtration put être rapide, le liquide passa lentement, et lorsque après douze heures la filtration fut opérée, le liquide filtré, qui avait une couleur jaune ambrée, fut introduit dans une cornue de verre à laquelle on adapta une allonge et un ré-

cipient, puis à l'aide d'une douce chaleur on procéda à la distillation, poussant cette opération jusqu'à ce que l'on eût obtenu à peu près la moitié de la liqueur.

La liqueur qui avait passé à la distillation, retirée du vase, fut examinée. Elle était légèrement acide et alcoholique; son odeur était celle d'un liquide qui aurait séjourné sur des amandes amères. Cette odeur nous porta à l'instant même à penser qu'elle était due à de l'acide hydrocyanique, et que ce produit existait dans ce liquide. Pour nous en assurer, nous divisâmes le liquide obtenu en deux parties égales : la première partie de ce liquide fut traitée de la manière suivante, indiquée par M. Orfila. On y versa du nitrate d'argent en excès, ce réactif détermina la formation d'un précipité cailleboté peu considérable, mais cependant très-visible. Ce précipité fut laissé en repos de manière à ce qu'il pût se rassembler au fond d'un verre à expérience; il fut ensuite séparé du liquide qui fut décanté. Le précipité obtenu, séparé du liquide, fut ensuite lavé à l'eau distillée à plusieurs reprises, introduit dans une fiole à médecine et traité par l'acide nitrique, à l'aide de la chaleur; une petite portion du précipité ne fut pas dissoute, elle fut séparée de la liqueur claire, qui fut traitée par l'acide hydrocyanique qui forma, avec l'argent qui provenait du cyanure d'argent dissous, un précipité apparent, mais dont la petite quantité ne nous permit pas de prendre le poids.

Voulant nous assurer que nos expériences étaient exactes, et que le précipité avait été formé par de l'acide hydrocyanique, nous voulûmes les contrôler en employant sur le reste de la liqueur le procédé indiqué par M. Lassaigne; à cet effet nous versâmes dans la moitié du liquide mise à part une petite quantité d'alcali (de la potasse), puis une solution de sulfate de cuivre qui à l'instant même détermina la formation d'un précipité; nous ajoutâmes ensuite assez d'acide hydrochlorique pur pour redissoudre l'oxide de cuivre qui avait été précipité par l'excès d'alcali. Cette dissolution s'opéra à l'instant même, mais la liqueur prit un aspect laiteux, elle donna lieu à un léger précipité qui disparut en trois heures de temps.

Ces deux expériences nous confirmèrent dans l'opinion que nous avions conçue, lors du premier examen de la liqueur distillée, que cette eau distillée provenant des liqueurs extraites de l'estomac, contenait des traces d'acide hydrocyanique, mais cet acide a-t-il été le produit d'une réaction des gaz, ou d'une décomposition tout-à-fait cadavérique et des parties contenues dans l'estomac? ou bien a-t-il été administré à Ramus? C'est ce que l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas d'affirmer; en effet, plusieurs praticiens pensent qu'il peut y avoir formation d'acide prussique dans la fermentation des matières animales, et à notre connaissance aucun fait n'a démontré si cette assertion est erronée.

La présence d'une petite quantité d'acide prussique dans l'eau distillée des matières extraites de l'estomac de Ramus, nous ayant paru être d'une gravité extrême, nous avons cru qu'il serait utile, puisque nous avions reconnu à cette eau distillée une odeur alcoholique, de rechercher si l'ingestion d'un liquide alcoholique pouvant contenir de l'acide prussique, ne pouvait pas donner lieu aux phénomènes que nous avions remarqués; telles sont l'eau de noyau, le kirch. Nous soumîmes donc à la distillation, 1° de la liqueur prise dans le commerce sous le nom *d'eau de noyaux*. Après l'avoir étendue d'eau, nous examinâmes le produit de la distillation; ce produit ne présentait pas les caractères de l'eau distillée obtenue, elle n'avait pas d'odeur et ne donnait pas de traces d'acide hydrocyanique par le nitrate d'argent; 2° du kirch étendu d'eau et distillé de la même manière a fourni un liquide ayant une odeur d'acide hydrocyanique, mais qui ne fournissait pas de précipité par le nitrate d'argent.

Voulant reconnaître si l'alcohol dans lequel avait séjourné l'estomac contenait de l'acide hydrocyanique, nous l'étendîmes d'eau distillée et nous le précipitâmes par le nitrate d'argent qui donna lieu à un précipité; mais ce précipité, ainsi que nous nous en sommes assurés en le traitant par l'acide nitrique à l'aide de la chaleur, était formé de phosphate et de chlorure d'argent, et ne contenait pas de cyanure d'argent, du moins d'une manière appréciable.

Le résidu contenu dans la cornue et d'où l'on avait séparé l'eau par la distillation, fut ensuite évaporé à siccité à une douce chaleur, et divisé en quatre parties. La première fut traitée par l'eau distillée à l'aide de la chaleur, la seconde par l'alcohol bouillant, la troisième par l'acide sulfurique, enfin la dernière fut incinérée avec du nitrate de potasse.

La solution aqueuse filtrée avait une saveur fade ayant quelque chose de semblable à l'osmazome; traitée par l'acide hydrosulfurique, le sulfate de soude, l'acide nitrique, le sulfate de fer, le prussiate de potasse, aucun de ces réactifs n'a indiqué, dans cette solution, la présence d'une substance nuisible.

La solution alcoholique avait un goût de caramel sans amertume. Elle blanchissait par l'eau, mais le sulfate de fer et l'ammoniaque n'y déterminaient aucun précipité, ni changement de couleur.

La solution obtenue à l'aide de l'acide sulfurique n'avait pas de saveur amère. Elle ne précipitait pas par l'hydrogène sulfuré, ni par l'hydrocyanate de potasse, ni par les alcalis.

La partie incinérée avec le nitrate de potasse a été traitée par l'eau distillée. La liqueur obtenue traitée par l'acide hydrocyanique, à l'aide de la chaleur, ne donnait rien.

La matière solide extraite de l'estomac, et qui était restée sur le filtre fut divisée en quatre parties et traitée par l'eau à 100°, l'alcohol bouillant et l'acide sulfurique incinéré enfin avec du nitrate de potasse. Les produits de ces opérations essayés par les mêmes moyens que ceux indiqués pour le résidu obtenu de la séparation des matières liquides extraites de l'estomac, enfin par tous les moyens convenables, ont fourni les mêmes résultats, c'est-à-dire que nous n'avons pu y reconnaître la moindre trace de substances vénéneuses.

*Examen des matières contenues dans les intestins.*

Ces matières semi-liquides étaient d'une couleur gris-rougeâtre, d'une odeur des plus infectes, et dans laquelle on reconnaissait l'odeur dominante de l'hydrogène sulfuré. Étendues d'eau et mises sur un filtre,

elles donnèrent lentement un liquide clair, infect, ayant une couleur jaune verdâtre. Le produit de la filtration fut introduit dans une cornue munie d'une allonge et d'un récipient, puis porté à la distillation. La liqueur au degré d'ébullition présenta un coagulum très-volumineux, formé d'albumine.

La liqueur distillée, avait une odeur fétide privée de toute odeur d'amandes amères. Essayée par le nitrate d'argent, il n'y eut point de flocons, mais bien un léger précipité noirâtre très-divisé, et qui a été reconnu pour être du sulfure d'argent. Cette liqueur ne contenait donc point d'acide prussique.

Le résidu existant dans la cornue fut retiré de ce vase et introduit dans une capsule de porcelaine, puis évaporé à siccité à une douce chaleur. Il fut ensuite divisé en quatre parties qui furent traitées séparément par l'eau distillée bouillante, l'alcohol bouillant, l'acide sulfurique, enfin par l'incinération. Les produits de ces opérations furent examinés comme l'avaient été les matières, résidu de l'évaporation des liquides et solides extraits de l'estomac du nommé Ramus, mais aucun phénomène n'a pu nous faire reconnaître la présence de substances nuisibles à la santé. Il en a été de même pour la matière provenant des intestins et qui n'avait pas passé à la filtration.

Il résulte de l'examen des matières extraites du cadavre du nommé Ramus, 1° que l'eau obtenue de la distillation des matières liquides séparées par la filtration des liqueurs contenues dans l'estomac était légèrement alcoholique, et qu'elle renfermait une petite quantité d'acide hydrocyanique, quantité qu'il nous a été impossible de déterminer.

2° Qu'il ne nous est pas possible de dire si cette petite quantité d'acide serait le résultat de la fermentation des matières extraites de l'estomac, matières qui ont séjourné six jours soit dans l'estomac, soit dans un flacon, avant d'être soumises à l'analyse, ou bien si elle résulterait de l'ingestion d'une liqueur contenant de cet acide. Cette question ne peut être résolue, et des expériences nouvelles peuvent seules aider à la résoudre.

3° Que les expériences tentées pour reconnaître d'autres substances vénéneuses ont fourni des résultats négatifs.

4° Qu'il nous est impossible de répondre sur l'emploi de narcotiques, par la raison que les principes actifs de beaucoup de substances auxquelles on a donné le nom de narcotiques, ne sont pas connus et n'ont pu jusqu'à présent être isolés des produits qui les contiennent.

Paris, le etc.

Ce rapport est des plus intéressans en ce qu'il démontre, 1° que l'on peut reconnaître, dans un cadavre, la présence de l'acide prussique sept jours après son ingestion (1); 2° que les matières que contenaient cet acide ne sentaient nullement l'odeur d'amandes amères, et qu'il a fallu mettre en usage la distillation, pour rendre cet acide perceptible à l'organe de l'odorat. On doit conclure de ce fait que toutes les fois qu'on rencontrerait un homme mort, sans qu'on pût se rendre compte des causes de sa mort, il serait nécessaire de procéder à l'analyse des matières contenues dans l'estomac; 3° que l'analyse chimique a fait reconnaître dans les matières liquides de l'estomac la présence d'une certaine quantité d'alcohol prise sept jours auparavant par Ramus, alcohol auquel X..... avait mêlé l'acide prussique (2).

Trois semaines environ après que ce dernier rapport eût été déposé entre les mains de M. le juge d'instruction, des recherches faites rue de la Huchette, firent connaître que l'assassin de Ramus était un nommé X....., qui avait Quitté Paris le 1er septembre pour se rendre à Arc, près Gray. Mais ayant appris que son fils, qui était placé en apprentissage chez un pharmacien de Paris, avait été arrêté le 2 octobre, il revint dans cette ville, où il fut arrêté le 8. Conduit à la préfecture de police, après quelque hésitation, il avoua son crime, et fit connaître qu'avant de couper Ramus en morceaux, il lui avait fait prendre un mélange d'eau-de-vie et d'acide prussique.

Ces révélations, qui démontraient que les experts chimistes avaient bien précisé les matières contenues dans l'estomac de la victime, donnèrent lieu à une nouvelle descente de la justice dans la chambre occupée rue de la Huchette, par X..... Là il fut saisi divers objets qui furent examinés. Cet examen donna lieu au rapport suivant :

Nous, soussignés docteurs en médecine, sur la réquisition de M. Roussigné, juge d'instruction, près le tribunal de première instance, nous sommes rendus le 12 octobre 1832, en son cabinet au palais de justice, où il nous a remis, pour en faire l'examen et l'analyse

---

(1) Le degré de l'acide prussique *administré à Ramus* n'est pas connu; il a été allégué, que cet acide *était très-faible* et avait été pris dans le laboratoire de l'un des experts; mais il est reconnu, et l'accusé l'a dit au jury *dans une de ses réponses, qu'il avait cet acide en sa possession, depuis au mains trois mois.* Ce fait semble vrai; car l'un des témoins au procès M. C..... nous a déclaré, que Regey, avait d'entrer chez M. Chevallier, avait dit à un de ses compatriotes, un jour *qu'il faisait la visite sanitaire* des corps de gardes; « Si tu avais dans le ventre quelques gouttes de la liqueur que j'ai dans ma poche, tu serais bientôt f.... » Notez que cette scène se passait lors des empoisonnemens, et que son compatriote lui fit remarquer qu'il s'exposait *beaucoup* en portant sur lui un liquide vénéneux. Il est probable que X..... se sera procuré l'acide prussique dans le même endroit où il s'est procuré divers produits pharmaceutiques qu'on a trouvé plus tard dans sa chambre rue de la Huchette.

(2) Le fait qui a donné lieu à cette dernière conclusion s'était déjà présenté une fois à l'un de nous; un homme renversé par une voiture publique, ayant succombé après *quelques instans*, le propriétaire de la voiture fut attaqué et rendu responsable. Il alléguait *pour sa défense* que l'homme qui avait succombé était dans un état d'ivresse; l'analyse chimique indiqua que cet homme avait fait usage d'une boisson alcoholique, chargée d'anis (*de l'eau d'anis*).

A. Gu.

chimique, divers objets saisis au domicile du sieur X..... père, rue de la Huchette, n° 25.

Objets consistant 1° en un paquet scellé, renfermant la matière enlevée de dessus le plancher de la chambre du sieur X.....

2° Neuf bouteilles en verre blanc, dont cinq fermées à l'émery, les autres ouvertes ou fermées simplement avec un bouchon de liège.

3° Une bouteille en verre noir entièrement remplie d'un liquide.

4° Deux petites bouteilles remplies d'un liquide, paraissant être de l'encre noire.

5° Une petite bouteille carrée, remplie d'un liquide rouge, portant pour étiquette, *encre carminée.*

6° Deux verres ordinaires.

7° Une matière noire, contenue dans un morceau de papier.

Après avoir entre les mains de M. Roussigné, prêté serment de bien et fidèlement remplir la mission qui nous a été confiée, nous nous sommes immédiatement transportés au laboratoire de l'un de nous, où nous avons procédé ensemble le jour même et les jours suivans, aux expériences suivantes :

*Analyse de la matière recueillie sur le carreau de la chambre.*

Cette matière de couleur brune, à surface écailleuse brillante, mise en petite quantité dans de l'eau distillée, s'y est peu à peu dissoute, et a formé un précipité de couleur rouge, entièrement semblable à celle que donne le sang mêlé à l'eau.

Cette liqueur mise en contact pendant plusieurs jours avec du papier de tournesol rougi par un acide, n'en a pas rétabli la couleur; son goût était celui du sang; le chlore lui a donné une teinte verdâtre; l'ammoniaque en a rendu la couleur rouge plus vive.

La noix de galle y a fait naître un précipité floconneux, de la même couleur que le liquide; l'acide nitrique a déterminé un précipité blanc grisâtre avec décoloration complète de la liqueur. Enfin soumise à l'action de la chaleur, cette liqueur s'est séparée en deux parties, l'une liquide colorée en rouge, l'autre coagulée en flocons d'une couleur gris rougeâtre. Le liquide n'avait pas été préalablement décoloré.

*Examen des bouteilles de verre saisies, et analyse chimique des liquides qu'elles contenaient.*

1° Un flacon de verre blanc, à fond très-relevé, de la contenance de 2 onces, fermé avec un bouchon de liège, contenant une demi-cuillerée à café, environ, d'un liquide incolore, un peu trouble, ayant l'odeur d'amandes amères, lequel rougit le papier de tournesol. Une 1re partie de ce liquide traitée par la potasse et le persulfate de fer, n'a donné naissance à aucun précipité, même avec l'acide hydrochlorique. Une autre partie a été étendue d'une fois son volume d'eau distillée, pour que les réactifs pussent agir d'une manière plus sensible dans deux des portions de liquide; une goutte de nitrate d'argent a déterminé un nuage blanc; une seconde goutte du même réactif, un précipité blanc caillebotté qui s'est réuni au fond du verre.

Ce précipité, gardé pendant deux jours, à la lumière, n'a pas sensiblement changé de couleur; il a été alors séparé en deux parties, que nous avons étendu d'une quantité suffisante d'eau distillée.

L'ammoniaque a fait disparaître le précipité formé dans l'un des verres.

Traitée à froid par l'acide nitrique, l'autre portion de ce précipité n'a subi aucun changement notable; soumis à l'action de la chaleur, jusqu'à l'ébullition, ce précipité a été entièrement dissous. Ayant ajouté une faible quantité de potasse dans la liqueur restante, puis une petite quantité de persulfate de cuivre, un précipité floconneux s'est formé; après y avoir ajouté assez d'acide hydrochlorique, pour dissoudre l'excès d'oxide de cuivre, le liquide a pris un aspect laiteux, assez intense; puis un précipité s'est formé : il avait disparu quelques heures après. Enfin dans le flacon encore humide d'un reste de liqueur, nous avons introduit un morceau de papier imbibé de persulfate de fer, sur lequel nous avons préalablement mis un peu de potasse; nous avons fait chauffer. Le papier n'a présenté aucune coloration particulière, même en faisant passer sur ce papier de l'acide hydrochlorique affaibli.

2° Un petit flacon de la contenance d'un demi-gros, bouché à l'émeri, ayant une très-légère odeur d'amande amère, contenant quelques gouttelettes d'humidité plutôt qu'un liquide. Cette quantité étant trop faible pour être soumise aux mêmes expériences que celles faites sur le liquide du flacon n° 1er, nous nous sommes bornés à introduire dans le flacon un petit morceau de papier trempé dans du persulfate de fer et un peu de potasse; nous avons chauffé, et une couleur bleue s'est manifestée sur quelques parties du papier, ainsi que sur le fond du flacon et sur le bouchon qui avaient été en contact avec ce papier.

3° Une bouteille de verre blanc, bouchée à l'émeri, de la contenance de quatre onces, renfermant quelques gouttes d'un liquide transparent, incolore, ayant une odeur alcoholique. Une partie de ce liquide, étendue d'eau distillée, a été traitée par une petite quantité de potasse, puis de persulfate de cuivre. On a obtenu un précipité bleu verdâtre, mais une petite quantité d'acide hydrochlorique l'a redissous. Une autre portion de ce liquide a été essayée par l'hydrogène sulfuré, sans donner lieu à aucune coloration, ni à aucun précipité.

4° Une autre petite bouteille d'une once, bouchée à l'émeri, contenait aussi un peu de liquide incolore, inodore et transparent. Traité par le nitrate d'argent, il ne s'est opéré ni changement de couleur, ni précipité; il en a été de même par l'hydrogène sulfuré; la potasse, les persulfates de fer et de cuivre.

5° Une petite bouteille de verre blanc, d'une once bouchée à l'émeri, remplie d'un liquide incolore et transparent, ayant une odeur éthérée, rougissant fortement la teinture de tournesol. Exposé à l'action de la chaleur, une partie du liquide s'est promptement volatilisée; il est resté un peu de liquide extrêmement acide dont l'odeur devint beaucoup plus pénétrante. L'eau de chaux y fit naître un précipité blanc, floconneux, l'eau de baryte un précipité blanc plus considérable que le précédent, mais moins abondant qu'avec l'acide sulfurique.

6° Une petite bouteille bouchée à l'émeri d'un gros, portant pour étiquette, *vingt gouttes de laudanum, place Saint-Michel*, 43, contenant six à sept gouttes d'un liquide brunâtre, à odeur âcre, goût amer et nauséabond; l'eau distillée ne le trouble pas, l'eau de chaux y détermine un précipité jaunâtre.

7° Une bouteille de verre blanc, de six onces, non bouchée, ne contenant aucun liquide; le fond est jaune foncé; cette couleur résulte d'un liquide qui s'y est desséché. Ce flacon a été lavé à l'eau distillée, l'eau de lavage filtrée, le nitrate d'argent, le persulfate de cuivre et la potasse, l'hydrogène sulfuré n'y ont démontré la présence d'aucune substance vénéneuse.

8° Une bouteille de verre blanc, fermée avec un bouchon de liège, ne contenant aucun liquide, ayant une légère odeur de menthe ou de mélisse, a été lavée à l'eau distillée, le nitrate d'argent, les sulfates de cuivre et de fer, n'ont rien fait reconnaître dans la liqueur. Il en a été de même par l'hydrogène sulfuré.

9° Une petite bouteille en verre blanc, d'une once, n'étant pas bouchée, ne contenant aucun liquide, le tour du goulot légèrement teint d'un rouge carmin. Nous avons lavé cette bouteille à l'eau distillée, nous avons employé le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, la potasse et l'acide hydrochlorique, enfin l'hydrogène sulfuré; nous n'avons rien obtenu qui indiquât la présence d'une substance vénéneuse.

10° Une bouteille de verre d'un demi-litre contenant un liquide jaune, trouble, d'odeur urineuse, ammoniacale. Il est alcalin, l'acide hydrochlorique y fait effervescence et donne lieu à un précipité d'hydrochlorate d'ammoniaque. Le nitrate d'argent donne lieu à un précipité floconneux, noir, formé d'hydrochlorate, d'hydrosulfate et de phosphure d'argent. La chaleur développe une odeur ammoniacale et urineuse insupportable.

11° Une petite bouteille carrée, portant pour étiquette : *encre carminée, Chaulin*, contenant un liquide d'un beau rouge carmin, ayant une odeur ammoniacale. Nous en avons décoloré une partie par le chlore; la partie décolorée a été traitée par le nitrate d'argent, et le persulfate de cuivre, qui n'y ont fait naître aucun précipité.

12° Deux bouteilles de grandeur différente, remplies d'un liquide noir. Le chlore le décolore complètement; la noix de galle lui rend sa couleur première; une portion décolorée a été essayée avec le nitrate d'argent et le persulfate de cuivre qui n'ont donné aucun précipité (1). Nous avons écrit les notes qui nous ont servi à rédiger le présent rapport avec ces différentes encres, et au bout de six jours la couleur noir n'était pas changée. Le rapport écrit par M. Lafontaine dans la chambre de X..... l'a été en partie avec un encre contenue dans un encrier de corne qui ne nous a pas été représenté, et qui probablement a contenu successivement de l'encre rouge et de l'encre noire; d'ailleurs la couleur carminée que présentent les lettres qui ont ainsi changé de couleur, indiquent dans ledit rapport leur origine, aucun réactif ne donnant cette couleur carminée; le papier sur lequel le rapport est écrit est extrêmement acide aux endroits où il y a de l'écriture; partout où l'encre a fait des taches, le papier est resté humide et s'est détruit peu à peu. Nous avons soumis un peu de ce papier ainsi couvert d'encre et trempé dans de l'eau distillée, à l'eau de baryte, il s'est formé à l'instant même un précipité blanc très-abondant de sulfate de baryte.

13° Verre à boire ou verre blanc, coulé et à pans, portant à l'extérieur la trace de quelques gouttes de sang, dans deux endroits des marques de doigts sur du sang desséché. L'intérieur en est sale, sans odeur. Lavé à l'eau distillée, la liqueur filtrée a donné par le nitrate d'argent un précipité blanc caillebotté. Ce précipité était violet le lendemain; une partie a été dissoute par l'acide nitrique à froid, l'autre ne l'a pas été par la chaleur. Une autre partie de ce liquide a été traitée par le persulfate de cuivre et la potasse; l'acide hydrochlorique a dissous en partie l'oxide de cuivre, l'autre partie n'a pas changé, et le précipité est resté le même pendant plusieurs jours.

14° Un autre verre blanc coulé, ne contenant aucun liquide a été lavé à l'eau distillée. Traitée par le persulfate de cuivre et la potasse, l'eau de lavage a donné lieu à un précipité que l'acide hydrochlorique a dissous, mais un nouveau précipité s'est formé, qui avait disparu au bout de quelques heures.

15° Une matière noire, formée d'un aggrégat d'une poudre noire, humide, contenant dans son intérieur des filamens et des corps étrangers. Placée sur un charbon ardent, elle a donné lieu à une fumée d'odeur de matière animale. Une partie de cette matière a été pulvérisée et placée au fond d'un filtre; elle a entièrement décoloré les liquides de nuances diverses et très-foncées. Calcinée dans un creuset, elle s'est incinérée difficilement. Le produit imparfait de la calcination a été chauffé dans l'eau distillée; cette eau avait l'odeur et le goût d'œufs pourris, elle a agi avec le nitrate d'argent, etc., etc., de la même manière que l'hydrogène sulfuré.

De toutes les expériences qui précèdent nous concluons :

1° Que la matière recueillie sur le carreau de la chambre du sieur X..... est du sang.

2° Que la petite goutte de liqueur renfermée dans le flacon n° 1er contenait des traces d'acide prussique.

3° Que le petit flacon n° 2 contenait aussi des traces du même acide.

4° Que les flacons 3, 4, 7, 8, 9 ne renfermaient aucune matière vénéneuse.

5° Que la liqueur contenue dans le flacon n° 5 est de l'éther acétique.

6° Que la bouteille n° 6 ne contient que quelques gouttes de laudanum.

7° Que le liquide qui remplit la bouteille n° 10 est de l'urine.

8° Que les liquides des bouteilles n°s 11 et 12 sont de l'encre ordinaire, l'une rouge, l'autre noire, qu'aucune d'elles ne peut avoir servi à écrire le rapport de M. Lafontaine.

---

(1) Le procès-verbal du commissaire de police présentait cette particularité, que l'encre était de deux couleurs, que cette encre ne séchait pas, et qu'en grande quantité sur le papier, il restait humide et tombait en poussière.

9° Que le verre n° 13 ne paraît pas avoir contenu de matière vénéneuse.

10° Que l'eau de lavage du verre n° 14 a présenté des traces d'acide hydrocyanique à peine sensibles.

11° Que la matière noire est de la poudre de charbon, qui aura servi de filtre, ce qui explique la présence de filamens végétaux qu'on trouve dans son intérieur, ainsi que celle de l'hydrogène sulfuré que l'analyse y a décélé.

12° Que l'encre dont on s'est servi pour écrire le rapport était un mélange d'encre noire et d'encre rouge, auquel il avait été ajouté de l'acide sulfurique.

X....., traduit le 26 janvier devant la cour d'assises, fut condamné à mort comme coupable d'empoisonnement, d'assassinat et de vol.

---

## SUSPICION D'EMPOISONNEMENT.

—

Croyant avoir à se plaindre de la jalousie de son mari, une femme voulut l'empoisonner : elle chercha à se procurer de l'opium ou de l'arsenic. On la trompa, et au lieu du poison qu'elle demandait, on lui donna de la gomme arabique en poudre. Elle mit cette poudre dans une tasse de café au lait et la servit. Le mari, trouvant à son café une saveur inusitée, n'en prit qu'une cuillerée ou deux, et témoigna quelques soupçons sur la cause de cette saveur. La femme, effrayée, voulut jeter la tasse de café ; le mari s'y opposa, ses soupçons se changèrent presque en certitude, il se plaignit, et le procureur du roi ordonna qu'il serait fait une analyse chimique du café suspecté.

Voici ce rapport, que nous publions en entier, parce qu'il n'est pas moins important pour ceux qui s'occupent de médecine légale, de connaître les procédés à l'aide desquels on parvient à s'assurer de l'absence d'un poison, que ceux qui en prouvent la présence et en déterminent la nature.

Un second rapport, analogue à celui-ci par son résultat négatif, a été rédigé à l'occasion de la mort d'un homme qui a succombé à la suite d'une maladie dont la durée avait été seulement de quelques heures.

*Analyse ayant pour objet de rechercher la présence d'un poison, dans une tasse de café.*

Nous soussignés, Girardin, docteur médecin, et Barruel, chef des travaux chimiques de la Faculté de Médecine, en vertu d'une ordonnance de M. Z..., juge d'instruction, en date du 2 janvier courant qui nous commet, à l'effet de procéder à l'analyse chimique des matières qui nous seront soumises, pour y faire la recherche des substances vénéneuses qui peuvent s'y trouver, dresser procès-verbal de nos opérations et indiquer les effets que lesdites substances, si nous en trouvons, peuvent produire dans l'économie animale ;

Déclarons qu'ayant accepté la mission à nous confiée, nous nous sommes transportés dans le cabinet de M. le juge d'instruction, et qu'après avoir prêté entre ses mains le serment exigé de nous par la loi, il nous a remis une demi bouteille contenant les matières soupçonnées être empoisonnées. Nous avons immédiatement constaté l'intégrité du sceau qui est apposé sur le bouchon de ladite bouteille, et nous nous sommes retirés pour procéder aux recherches qui nous ont été démandées.

Au sceau qui ferme la demi-bouteille qui nous a été remise par M. Z..., est fixée une bande de papier sur laquelle est inscrit le n° 18, et au-dessous de l'empreinte du sceau de l'autorité, on lit cette suscription :

Bouteille contenant du café au lait saisi par suite de prévention contre la femme ***, suivant procès-verbal du vingt-et-un décembre mil huit cent trente-deux.

La demi-bouteille est pleine jusqu'à son cou, d'un liquide blanchâtre qui paraît être très-visqueux. Débouchée, la matière qu'elle contient, flairée, répand une odeur désagréable, rappelant celle des matières vomies peu de temps après le repas. Une petite quantité du liquide versée dans un verre, y coule difficilement, et à la manière d'une forte dissolution de gomme. Toutefois, les premières gouttes qui sont tombées étaient très-fluides, avaient toute l'apparence d'une huile, et ont surnagé le liquide visqueux, opaque et blanchâtre qui est tombé dans le verre presque en même temps qu'elles, et sur lequel elles formaient des globules qui ne s'y mêlaient pas.

Ayant reconnu par ce simple fait que la matière que nous avions à examiner contenait de l'huile, nous avons remis dans la bouteille ce que contenait le verre, nous avons achevé de la remplir presque jusqu'à l'orifice de son goulot avec de l'eau distillée, nous l'avons placée à une température de 28°, et toutes les demi-heures, à l'aide d'une pipette, nous avons pu en extraire environ quatre gros d'huile.

Cette huile, qui est très-fluide, a contracté un goût désagréable à cause de son séjour dans le liquide, mais sa saveur n'a rien d'amer ni d'âcre, et nous sommes portés à la considérer comme de l'huile d'olives, ou mieux encore comme un mélange de cette huile et d'huile d'amandes douces.

Lorsque après avoir enlevé, ainsi que nous venons de le dire, toute l'huile qui est venue surnager le liquide blanchâtre, nous avons placé la bouteille dans une bassine de manière à ce qu'elle plongeât jusqu'à un pouce de son col dans de l'eau froide, et nous avons porté graduellement celle-ci jusqu'à l'ébullition, puis nous l'avons laissée refroidir. Après le refroidissement complet, nous avons vessé le tout sur un filtre de papier joseph préalablement lessivé.

La filtration s'est exécutée très-lentement par l'effet de la viscosité de la liqueur ; toutefois celle-ci a passé parfaitement claire, et il reste sur le filtre un magma caillebotté d'un blanc grisâtre, assez volumineux, que nous examinerons après avoir étudié le produit de la filtration.

La liqueur, filtrée comme nous venons de le dire, est limpide : elle a une couleur fauve et une odeur légèrement vineuse et aigrelette, et une consistance gommeuse ; elle rougit sensiblement le papier bleu de tournesol. Une portion de cette liqueur traitée par un courant de gaz acide hydrosulfurique, ne s'est nullement colorée, même après douze heures, et ne s'est

point troublée. Additionnée alors avec quelques gouttes d'acide hydrochlorique, il ne s'y est pas formé de précipité. Convaincus par cette expérience qu'elle ne contenait pas la plus petite trace de poisons minéraux, nous avons dirigé nos recherches tant sur les substances toxiques végétales qu'elle pouvait contenir, que sur la nature des matières qui la composaient, et dans ce but nous avons suivi la marche qui va suivre :

Nous avons introduit le liquide restant dans une cornue de verre, à laquelle nous avons adapté un ballon à long cou. Nous l'avons maintenu dans une terrine pleine d'eau froide, et nous avons procédé à la distillation jusqu'au point où ce qui est resté dans la cornue eût acquis la consistance d'un sirop très-épais. Alors nous avons démonté l'appareil.

Le produit distillé, et qui s'était condensé dans le ballon, est parfaitement limpide et incolore. Il a une odeur légèrement alcoholique ou spiritueuse; il rougit le papier bleu de tournesol, et comme il n'éprouve rien de la part des réactifs avec lesquels on le met en contact, nous avons employé les moyens propres à séparer l'alcohol de l'acide que l'odorat et le papier bleu y ont décélé, et à cet effet nous avons saturé le liquide par de la potasse dans le but de fixer l'acide, et nous avons procédé à la distillation dans une cornue de verre de manière à n'en retirer environ que le trentième du volume. Le produit de cette nouvelle distillation est évidemment alcoholique.

La liqueur saturée d'où on a extrait l'alcohol, a été évaporée dans une capsule de verre jusqu'à la réduction d'environ les 9/10 de son volume primitif. Ce dixième de résidu a été introduit dans une petite cornue. On a versé dessus huit gouttes d'acide sulfurique, on a adapté un matras au cou de la cornue, et l'on a chauffé jusqu'à ébullition de la liqueur. Il s'est condensé alors dans le récipient un liquide incolore, ayant l'odeur et toutes les propriétés de l'acide acétique et n'ayant que celles-ci; d'où il résulte que le produit de la distillation ne contient qu'un peu d'alcohol, de l'acide acétique et beaucoup d'eau.

Le résidu de la consistance d'un sirop très-épais, resté dans la cornue qui a fait la première distillation, a été mélangé et fortement agité avec une grande quantité d'alcohol pur à 33 degrés de l'aréomètre. Aussitôt il s'en est séparé une matière floconneuse et filamenteuse tout à-la-fois, de couleur blanche, qui par le repos a pris une consistance presque pulvérulente. De nouvelles portions d'alcohol ont été versées dans le liquide jusqu'à ce qu'elles n'y produisisssent plus de précipité. Alors on a agité et on a versé le tout sur un filtre. La liqueur, qui a filtré rapidement, avait perdu toute sa viscosité.

La matière restée sur le filtre est volumineuse. On l'a chauffée au bain de vapeur jusqu'à parfaite dessication. Alors elle est friable, d'un blanc grisâtre; elle a une saveur mucilagineuse et douceâtre; elle est parfaitement soluble dans l'eau. Traitée par l'acide nitrique à l'aide de la chaleur, elle s'y dissout sans changer de couleur, et en chauffant il y a une vive effervescence avec dégagement de vapeur nitreuse. Le résidu de cette action laisse déposer après le refroidissement, un sédiment blanc que l'on a reconnu être de l'acide mucique, et la liqueur contient de l'acide oxalique. Cette expérience démontre évidemment que la matière que l'alcohol a séparée du liquide sirupeux est de la gomme, et probablement de la gomme arabique.

La liqueur alcoholique d'où l'on a séparé la gomme par la filtration, a été versée dans une capsule de verre, et on l'a évaporée à une chaleur suffisante pour en chasser tout l'alcohol, sans altérer le résidu. Ce résidu a la consistance du sirop de sucre; il a une couleur fauve, et une saveur sucrée franche sans le moindre arrière-goût amer.

On l'a étendu d'un peu d'eau, et on a partagé la liqueur en trois parties égales.

Dans l'une d'elles, on a ajouté quelques gouttes de persulfate de fer, il n'y a eu aucune augmentation de couleur, comme cela aurait dû avoir lieu si ce résidu eût contenu des traces d'opium ou d'extraits d'opium.

Dans la seconde, on a versé de l'ammoniaque jusqu'à ce que celle-ci fût devenue sensible à l'odorat, et on a agité; il ne s'est formé aucun précipité même après dix-huit heures de repos.

Dans la troisième, on a ajouté de l'acide nitrique, il n'y a pas eu de coloration rougeâtre, toutefois, on a chauffé quelques instans, puis on y a versé du protochlorure d'étain, qui ne l'a nullement fait virer au violet.

La saveur sucrée franche sans arrière-goût, et les trois expériences que nous venons de rapporter prouvent que cette matière sirupeuse séparée de la gomme par le moyen de l'alcohol, ne contient ni produit de morphide, ni d'autres produits de substances toxiques végétales que l'on peut se procurer dans le commerce.

Il ne nous reste plus qu'à examiner la nature du magma caillebotté, de couleur blanc grisâtre, qui est resté sur le filtre sur lequel on a versé la matière contenue dans la bouteille, après l'avoir d'abord chauffée au bain-marie ensuite laissée refroidir.

Ce magma, ainsi que nous l'avons déjà dit, était assez volumineux et d'un blanc grisâtre. Cette couleur et sa consistance pultacée nous avaient porté à présumer qu'il contenait une ou plusieurs poudres végétales.

Afin de nous en assurer, nous avons d'abord cherché à en extraire le plus possible l'humidité qu'il contenait, et pour cela, nous avons placé le filtre entre un grand nombre de feuilles de papier non collé, et nous l'avons amené lentement et graduellement à une forte pression. Ainsi exprimée, cette matière est douce au toucher, elle s'écrase facilement entre les doigts et les graisse. Une petite portion mise sur un fer rouge, laisse suinter des petites goutelettes qui, arrivées sur le fer, se volatilisent en répandant une odeur de beurre qui roussit, puis la matière se fond, se tuméfie sensiblement, et répand l'odeur du fromage qui brûle.

Une seconde portion de la même matière a été mise dans un petit matras avec de l'eau distillée et on l'a fait bouillir pendant un quart d'heure, elle ne s'est nullement dissoute, et la liqueur traitée par portion avec l'acide hydrosulfurique, avec la solution d'iode, n'a rien produit.

Ces deux expériences démontrent, la première, que la matière dont il s'agit, ne contient aucune substance minérale soluble, et la seconde aucune substance féculente ou amilacée.

Le toucher onctueux de la matière exprimée, la manière dont elle s'est comportée sur un fer rouge, nous ayant indiqué qu'elle contenait au moins deux des principaux élémens du lait, le beurre et le caséum, nous avons alors dirigé nos recherches dans le but de les constater, et nous avons cherché d'abord à les séparer des autres matières avec lesquelles elles pouvaient être unies : à cet effet, nous avons trituré dans un mortier le restant de la matière avec une quantité d'eau suffisante pour la réduire en une bouillie claire parfaitement homogène, puis nous avons versé dessus un grand excès d'ammoniaque, et nous avons trituré de nouveau; la matière s'est dissoute, à l'exception de petits grumeaux blanchâtres qui surnageaient la liqueur, et qui avaient l'aspect graisseux. On a versé le tout sur un filtre.

La matière restée sur le filtre consistait seulement en ces petits grumeaux blanchâtres dont nous venons de parler; on les a lavés avec de l'eau distillée, on les a recueillis avec soin, on les a introduits dans une petite éprouvette de verre, et on les a chauffés avec un peu d'eau dans un bain-marie bouillant : ils se sont fondus en un liquide jaune qui surnageait l'eau, sans laisser rien déposer au fond de l'eau qui le supportait; après le refroidissement, la matière qui était fondue, s'était solidifiée, et nous avons reconnu que c'était évidemment du beurre.

La liqueur ammoniacale filtrée, a été étendue d'eau, puis on y a versé goutte à goutte de l'acide sulfurique affaibli. Chaque goutte d'acide qui tombait, au moment de son contact avec la liqueur, y produisait un caillot blanc; enfin, lorsque toute l'ammoniaque a été saturée et la liqueur légèrement acide, le tout était en une masse blanche, comme un morceau de caillé (lait caillé), et l'analyse nous a démontré que ce caillé était du sulfate de caséum.

Pour nous assurer si l'ammoniaque n'avait dissous du magma que le caséum en le séparent du beurre, et si ce caséum ne contenait pas de l'oxide de cuivre, nous avons mis tout le produit du mélange d'acide sulfurique et de liqueur ammoniacale dans une capsule de platine, nous avons évaporé jusqu'à siccité, et nous avons calciné le résidu dans un creuset de porcelaine, jusqu'à complète incinération. La petite quantité de cendre qui est restée s'est dissoute dans l'acide nitrique, sans colorer la dissolution, et cette dissolution, traitée par l'ammoniaque, a donné une trace de phosphate de chaux, et pas la plus petite trace de cuivre.

Il résulte de l'analyse ci-dessus détaillée, que les matières qui en sont le sujet, ne contiennent aucune trace de matières toxiques, soit minérales, soit végétales; que ce qui constitue le liquide blanchâtre qui nous a été remis consiste en un mélange de matières qui, toutes prises isolément ne peuvent nullement altérer la santé. Que ces matières sont de la gomme, du sucre, de l'huile, du lait en assez grande proportion, et une petite quantité d'alcohol et d'acide acétique, mais que quant à ces deux derniers produits, nous ne pouvons affirmer qu'ils ont été ajoutés au mélange, parce qu'ils peuvent avoir été formés aux dépens de trois d'entre elles, par la fermentation que le mélange a pu éprouver, quoique cette hypothèse ne nous paraisse pas vraisemblable, à cause de la saison; mais cela est peu important.

Quant à l'effet que ce mélange peut produire dans l'économie animale, nous pensons que sa consistance, sa viscosité et la présence de l'huile doivent dégoûter celui auquel on voudrait le faire manger, et provoquer chez lui des nausées et même des vomissemens.

---

*Analyse des matières contenues dans le tube digestif d'un homme mort subitement.*

Nous soussignés..... Chevallier et Barruel..... il nous a été remis deux pots en faïence scellés d'un sceau. L'un des pots portait une étiquette ainsi conçue : *Estomac et duodénum provenant de l'autopsie du sieur***, mort subitement.* L'autre pot était désigné : *Matière chymeuse contenue dans l'estomac du sieur*** mort subitement.* Après avoir constaté l'intégrité des scellés, nous avons immédiatement commencé nos recherches dans l'ordre suivant.

*Pot étiqueté : Estomac et duodénum.*

Ce pot ouvert, nous en avons extrait une matière animale volumineuse, que nous avons développée sur un plateau de verre, et, dès lors, il nous a été facile de reconnaître que cette substance était un estomac qui avait été ouvert dans toute la longueur de son plus grand diamètre. La paroi interne de ce viscère avait une couleur rougeâtre très-uniforme et assez vive, qui nous a fait présumer qu'elle était le siége d'une irritation déjà assez exaltée. Examinée avec le plus grand soin à l'aide d'une loupe, il nous a été impossible de découvrir, dans aucun de ses plis intérieurs, la plus petite trace de corps étrangers. Il répand une odeur sensiblement alcoholique bien que désagréable. Cet estomac, divisé par petites parties, a été introduit dans un matras avec un demi-litre d'eau distillée, et on a fait bouillir pendant trois quarts d'heure, après quoi on a filtré.

La liqueur filtrée, traitée pendant une heure par un courant d'acide hydrosulfurique, n'a nullement changé de couleur, et la liqueur, évaporée jusqu'à réduction des 5/6, a laissé une liqueur fauve, ayant l'odeur de bouillon de viande, et dans laquelle les réactifs chimiques n'ont fait découvrir aucune trace de substance vénéneuse.

*Pot étiqueté : Matière chimeuse extraite de l'estomac.*

Ce pot contenait environ cinq à six onces d'une bouillie épaisse, dans laquelle on distingue facilement des morceaux de chair, des cerises écrasées et beaucoup de graisse. Cette matière a été délayée avec quatre onces d'eau distillée, et le tout a été versé sur un grand filtre; la liqueur, qui a passé assez lentement, était parfaitement limpide, avait une couleur très-légèrement fauve, et répandait une odeur alcoholique très-prononcée, mais désagréable. Cette liqueur, soumise à la distillation dans une cornue de verre, a donné un produit volatil dans lequel on a constaté l'existence de l'alcohol, et la liqueur restante qui s'était troublée a été

filtrée de nouveau, pour en séparer les flocons albumineux qui s'étaient concretés par l'action de la chaleur; la liqueur filtrée a été traitée pendant trois quarts d'heure par un courant de gaz acide hydrosulfurique, qui n'y a déterminé aucun changement de coloration; après quoi elle a été réduite par l'évaporation à un très-petit volume, et dans cet état, les réactifs chimiques n'y ont fait découvrir rien de vénéneux.

La matière solide restée sur le filtre, après la première filtration, et composée, pour la plus grande partie, comme nous l'avons dit, de beaucoup de graisse, de morceaux de chair et de cerises écrasées, ainsi que les flocons d'albumen concrété dans l'opération décrite ci-dessus, ont été introduits dans un creuset neuf en porcelaine et chauffés au rouge jusqu'à complète incinération; ce qui n'a été effectué qu'au bout de sept heures de feu. La cendre a été introduite dans un petit matras, et traitée à l'aide d'une chaleur suffisamment continuée, par un excès d'eau régale, puis on a étendu d'un peu d'eau et on a filtré. La liqueur filtrée, traitée par l'acide hydrosulfurique, a pris une couleur orangée foncée, et après quelques instans, elle a laissé déposer des flocons couleur rouge briquetée; alors on a décanté la liqueur qui les surchargeait avec une petite pipette; on a lavé ces flocons à plusieurs reprises avec l'eau distillée, puis on a versé dessus de l'eau légèrement ammoniacée, qui ne les a pas dissous; enfin, lavés de nouveau et essayés, on a constaté qu'ils étaient formés par du kermès minéral.

Il résulte de l'analyse ci-dessus que la partie solide de la matière appelée chymeuse et extraite de l'estomac du sieur ***, après sa mort, contient une petite quantité d'oxide d'antimoine. Il nous paraît probable que l'on aura administré à cette personne une petite dose d'émétique, dans le but de la faire vomir et que le malade n'aura pas vomi depuis l'administration du médicament jusqu'à sa mort. Il nous est impossible de préciser la cause de la rapidité de la mort de ***; cette mort nous paraît être plutôt due à la terminaison rapide d'une de ces maladies contre lesquelles l'art est impuissant, qu'à l'ingestion d'une matière vénéneuse.

---

## MÉLANGE

### DE L'ACIDE SULFURIQUE AU CAFÉ.

—

Je soussigné, Barruel, chef des travaux chimiques de la faculté de Médecine de Paris, délégué à l'effet de procéder à l'analyse chimique d'une liqueur dont X est inculpé de s'être servi pour empoisonner le sieur Q..... et sa femme, et constater si cette liqueur est effectivement empoisonnée; déclare que, ayant accepté cette mission, M.... m'a remis une demi-bouteille en verre noir à peu près à moitié remplie d'un liquide coloré en brun et trouble.

Cette bouteille est fermée par un bouchon en liège, coiffée d'un papier gris ficellé d'un fil rouge dont le nœud est fixé par le sceau d'un commissaire de police de la ville de Paris, sur une bande de papier portant pour suscription:

Quartier de l'Observatoire; procès-verbal du dix-huit juillet 1832; café, contenant du vitriol (acide sulfurique) déposé par le sieur Q.....

L'intégrité du scellé dûment constatée, et après avoir prêté le serment exigé par la loi, je me suis transporté dans le laboratoire de la faculté de Médecine, où j'ai de suite commencé les opérations nécessaires; j'ai continué ces opérations les jours suivans, et jusqu'à la terminaison du présent rapport.

La bouteille ayant été débouchée, ce n'est qu'avec peine que l'odorat constate que le contenu a l'odeur du café.

Par le repos, la liqueur devient demi-transparente, et a la couleur du vin de Malaga, mais la plus légère agitation la trouble fortement, et alors elle paraît brune.

On a étendu un linge fin sur une capsule de verre, et on a versé dessus tout ce que contenait la bouteille; puis on a fait un nouet, et on a exprimé fortement. La liqueur obtenue par cette expression pesait 190 grammes.

Le marc resté sur le linge a été traité successivement par l'eau distillée jusqu'à ce que celle-ci s'en écoulât sans saveur; puis on l'a fait sécher et on l'a pesé. Son poids est de 27 grammes. Les liqueurs de lavage ayant été réunies à celle qui provenait de l'expression, on les a filtrées à travers un filtre de papier joseph, préalablement lavé à l'acide hydrochlorique, puis complètement purifié par l'eau.

La liqueur qui a passé par le filtre est parfaitement limpide; elle a une couleur ambrée comme le vin de Madère, et répand une odeur très-faible de café.

Une portion déterminée de cette liqueur a été séparée de la masse, pour être examinée convenablement par les réactifs suivans:

1° Elle a une saveur d'une acidité insupportable; aussi deux à trois gouttes de cette liqueur rougissent-elles fortement un demi-verre de teinture de tournesol.

2° Quelques gouttes de cette liqueur versées sur une dalle de pierres calcaire, y produisent une vive effervescence.

3° Plusieurs gouttes de cette liqueur exigent une assez grande quantité d'ammoniaque pour être saturées et n'être plus acides; et après la saturation, la liqueur est beaucoup plus colorée, ressemble à du café, et l'odeur du café est alors manifestement développée.

4° Une certaine quantité de cette liqueur traitée par un courant prolongé de gaz acide hydrosulfurique, n'a donné naissance à aucun précipité, et loin de se colorer, sa couleur a perdu de son ton.

5° Deux gouttes de sulfate d'indigo, versées dans cette liqueur, ont donné une liqueur bleue sale qui n'a pas changé de couleur par l'action de la chaleur.

6° La solution de chlorure de baryum, versée dans le restant du liquide, y a produit un précipité blanc très-abondant, complètement insoluble dans l'acide nitrique faible.

Des expériences qui précèdent, il est péremptoirement démontré que la matière contenue dans la demi-bouteille déposée par le sieur Q..... est une infusion de café, dans laquelle le marc du café est encore; que

cette infusion ne contient que l'acide sulfurique, en quantité que tout indique être considérable.

*Détermination de la quantité d'acide sulfurique.*

Un poids donné de la liqueur a été mis dans un matras, et on y a versé une solution de chlorure de baryum, non-seulement jusqu'à ce que ce réactif n'y produisit plus de précipité, mais jusqu'à ce qu'il y en eût un léger excès, puis on a filtré. La masse blanche restée sur le filtre bien lavée avec de l'eau aiguisée d'acide nitrique, puis épuisée par l'eau distillée, bien séchée et calcinée, a laissé une quantité de sulfate de baryte dont le poids connu démontre que les 190 grammes de liqueur contenaient 55 grammes d'acide sulfurique concentré.

*Extraction de l'acide sulfurique.*

Le restant de la liqueur ou café a été introduit dans une cornue de verre, après l'avoir mélangé avec 100 grammes d'acide nitrique concentré, dans le but de décomposer toute la matière organique fournie par le café et la transformer en produits volatils, sans altérer l'acide sulfurique que cette liqueur contenait; puis on a chauffé jusqu'à l'ébullition. A une certaine époque de l'évaporation, il s'est développé d'abondantes vapeurs nitreuses, dues à la réaction de l'acide nitrique sur la matière organique. Par la continuation de l'évaporation, les vapeurs nitreuses ont disparu, l'excès d'acide nitrique employé s'est volatilisé, et lorsque le liquide contenu dans la cornue n'a plus dégagé d'acide nitrique, et eut acquis la consistance d'une huile dégageant d'abondantes vapeurs blanches très-irritantes, on a arrêté l'opération, et on l'a versé dans un flacon préalablement taré. Le poids de ce liquide était de 45 grammes.

Ce liquide noircit les allumettes; traité à chaud dans un tube de verre avec du mercure, il dégage d'abondantes vapeurs d'acide sulfureux. C'est de l'acide sulfurique (huile de vitriol) concentré.

La quantité d'acide sulfurique trouvée dans le café que le sieur Q..... a déposé chez M. le commissaire de police, est plus que suffisante pour déterminer promptement la mort de plusieurs individus qui l'auraient prise, dans l'état de concentration où l'analyse a amené cet acide; et je suis persuadé que, dans l'état de dilution où il se trouvait dans le café, s'il n'avait tué immédiatement le sieur Q..... et sa femme, s'ils l'eussent avalé, il aurait infailliblement déterminé, chez ces personnes, une inflammation des plus violentes de toutes les voies digestives, et que la mort en aurait problement été le terme.

Paris, ce 18 septembre 1832.

---

## EMPOISONNEMENT

### PAR UNE PRÉPARATION CUIVREUSE.

Des tententives de séduction furent faites sur un jeune écolier : on eut lieu de craindre que cet enfant n'en instruisît ses parens; pour l'engager à se taire, on lui donna des bonbons. Il mangea ces bonbons, bientôt il fut pris de douleurs, et de vomissemens atroces; au bout de quelques heures, il avait cessé de vivre. On a fait l'analyse des matières trouvées dans le tube digestif, en voici les détails consignés dans un rapport qui a été remis à l'autorité.

Nous soussignés, Devergie, Piedagnel, et Barruel, conformément à l'ordonnance qui nous commet à l'effet de procéder 1° à l'analyse chimique des organes et liquides extraits du cadavre de H., ainsi qu'il résulte du rapport de messieurs les docteurs Devergie et Piedagnel; 2° en outre de répondre à cette question : la mort de H. a-t-elle été causée par une maladie, et quelle est cette maladie, ou si la mort a été causée par un empoisonnement, quelle est la substance qui l'aurait produite; ordonnance qui nous a été transmise par M. le commissaire de police du quartier S. J., chargé de nous remettre les pièces, de recevoir notre serment et d'assister à nos opérations : déclarons qu'ayant accepté la mission qui nous était confiée, nous sommes convenus avec M. le commissaire de police, de nous réunir au laboratoire de chimie, le 14 août courant, à deux heures de relevée; et en effet ledit jour 14 août, étant réunis audit lieu, M. le commissaire ayant reçu de nous le serment exigé par la loi, nous remit immédiatement les objets suivans, savoir :

1° Un bocal de verre exactement fermé et scellé au sceau duquel était fixé par une ficelle un carton portant pour suscription, quartier S. J. : estomac de l'enfant H., présumé mort d'un empoisonnement, et déposé par MM. Devergie et Piedagnel.

« 2° Un second bocal également fermé et scellé au sceau duquel était fixée par une ficelle une carte portant la désignation suivante : Intestins grêles et liquides contenus dans les intestins grêles de l'enfant H., présumé mort d'un empoisonnement, et déposé par MM. Devergie et Piedagnel.

3° Enfin, un troisième bocal qui, comme les précédens, était bien bouché et scellé, au sceau duquel était fixée une carte portant pour suscription : Gros intestins et liquides contenus dans les gros intestins de l'enfant H., présumé mort à la suite d'un empoisonnement.

Aussitôt nous avons commencé l'analyse qui nous était demandée.

*Examen du contenu du bocal désigné, n° 1. Estomac de l'enfant H.*

Le bocal ouvert, il s'en est échappé une odeur de putréfaction tellement infecte, qu'il nous a été impossible de la supporter, et qui nous a obligé de faire toutes nos expériences d'analyse, en plein air. L'estomac était dans un état de putréfaction déjà avancé; cependant cet organe conservait encore assez de solidité; on l'a extrait du bocal avec le liquide sanieux qui le mouillait, et on l'a reçu dans une capsule de verre : après en avoir ôté les ficelles qui en fermaient les ouvertures, on l'a ouvert et on l'a développé. Examiné alors, nous avons reconnu que la presque totalité de la surface de la muqueuse interne, était parsemée de petits points blancs, lesquels frottés entre les doigts, s'écrasaient avec la

plus grande facilité, et laissaient à la surface de la peau, une tache craycuse et savonneuse au toucher.

A l'aide de ciseaux nous avons lacéré, en petits morceaux, cet estomac; nous l'avons introduit dans un matras de verre neuf, ainsi que le liquide qui le mouillait; on a ajouté un demi-litre d'eau, et on a fait bouillir au bain de sable, pendant une heure, puis on l'a versé sur un filtre de papier préalablement lavé à l'acide muriatique, puis par l'eau distillée.

La liqueur filtrée, qui répandait toujours une odeur des plus insupportables, avait une couleur fauve et était parfaitement transparente; on l'a fait traverser par un courant de gaz acide hydrosulfurique, prolongé pendant une heure, il n'y a eu aucun changement de couleur; mais ensuite, par l'addition de quelques gouttes d'acide hydrochlorique, sur une portion de cette liqueur, il s'y est formé un précipité floconneux blanc, composé de matière animale et de l'acide ajouté, ainsi que l'on s'en est assuré. Une seconde portion de cette liqueur, traitée par le sulfate de soude, n'a donné lieu à aucun trouble.

Ces deux expériences démontrent que le produit de la décoction de l'estomac dans l'eau, ne contient, en dissolution, aucune substance vénéneuse minérale.

Pour constater si cette dissolution ne contiendrait pas de poisons végétaux, on a pris le restant de la même liqueur, et on l'a évaporé au bain de vapeur jusqu'à consistance d'un sirop épais, et le résidu a été traité successivement, et à plusieurs reprises, par de l'alcohol absolu jusqu'à ce que ce véhicule n'en dissolvît plus rien, et on a filtré.

Les liqueurs réunies et filtrées, on les a mélangées avec le quart de leur volume d'eau distillée, et on a évaporé le produit, au bain-marie, jusqu'à ce que tout l'alcohol fût volatilisé, puis on a mis dans le restant de la liqueur, du charbon animal parfaitement pur, en quantité suffisante pour la décolorer et la désinfecter; ensuite on a filtré à travers un filtre lavé à l'acide et à l'eau. La liqueur filtrée est incolore et le liquide évaporé presque jusqu'à siccité, le résidu a une couleur légèrement colorée en fauve, il a une saveur de jus de viande rotie, sans le moindre goût d'amertume.

Traité par l'acide nitrique, il ne change pas de couleur à la température ordinaire; chauffé avec ce réactif, puis traité par le proto-hydrochlorate d'étain, la couleur du liquide reste la même.

Ces expériences démontrent que le produit de la décoction de l'estomac dans l'eau, ne contient aucune trace de poisons végétaux, telle que morphine, brunine et strychnine.

*Examen de la matière solide de l'estomac, qui est restée sur le filtre.*

On a placé un creuset de porcelaine neuf, dans un fourneau, on l'a porté au rouge, et on a projeté dedans et par fraction la matière solide de l'estomac restée sur le filtre, de manière à l'incinérer complètement; opération qui a duré sept heures.

La cendre provenant de cette incinération, a une couleur gris verdâtre. Traitée par l'eau, elle s'est échauffée, et s'est gonflée sensiblement; on a agité quelques instans, puis on a filtré.

La liqueur filtrée est incolore; elle a une réaction fortement alcaline; exposée à l'air, elle se recouvre d'une pellicule blanche, qui vue sous un certain angle, paraît irisé.

Ces propriétés nous faisant soupçonner qu'elle contenait de la chaux en dissolution, nous y avons fait passer un courant d'acide carbonique, en ayant le soin de la maintenir au degré de l'ébullition; par cette opération, nous avons obtenu un précipité blanc grenu, que nous avons ultérieurement reconnu être du carbonate de chaux, que nous avons séparé par le filtre.

La liqueur filtrée ne contenait plus alors que des traces de sel marin et de carbonate de soude.

La portion de la cendre qui n'a pas été dissoute par l'eau et qui était restée sur le filtre, a été traitée par l'acide hydrochlorique, en excès; elle s'est dissoute assez rapidement, en dégageant des traces notables d'acide carbonique; puis on a filtré à travers un filtre de papier purifié par l'acide hydrochlorique, et ensuite bien lavé.

La liqueur filtrée, qui a une légère teinte jaune verdâtre, a été introduite dans une éprouvette de verre, et on l'a fait traverser par un courant de gaz acide hydrosulfurique qui y a déterminé de suite une coloration en brun, et bientôt après un précipité floconneux de couleur brun verdâtre, la liqueur s'est décolorée; on a filtré à travers un filtre purifié, la matière brune est restée sur le filtre.

La liqueur filtrée, traitée par l'ammoniaque pure en excès, a donné un précipité flaconneux dû à du phosphate de chaux, contenant un peu d'hydrate de peroxide de fer. La liqueur filtrée de nouveau et traitée par le carbonate d'ammoniaque, a donné alors un précipité blanc floconneux, très-abondant, qui s'est promptement réuni au fond du vase, sous forme d'un sédiment grenu, que l'on a reconnu consister en carbonate de chaux.

*Examen de la matière brune produite par le courant d'acide hydrosulfurique, et qui a été recueillie sur le filtre.*

Le filtre sur lequel est restée la matière brune, après avoir été épuisé par l'eau, a été introduit dans un petit creuset de porcelaine neuf, et on l'a brûlé lentement, puis on a chauffé au petit rouge, pour détruire le filtre. La cendre mise dans un tube éprouvette, a été traitée par quelques gouttes d'acide nitrique; tout s'y est dissous, à l'exception d'une trace de silice provenant du filtre. La liqueur qui a une couleur bleue très-claire, a été divisée en deux parties égales.

L'une d'elle, traitée par l'ammoniaque, a donné une liqueur d'une belle couleur bleu céleste.

La seconde traitée par le ferro-cyanure de potassium, a donné un précipité d'un beau brun pourpre.

La liqueur qui est devenue bleu céleste par l'ammoniaque, a été évaporée jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine neuve, et le résidu traité par un atome d'acide sulfurique, et une goutte d'eau, a donné un liquide qui, versé sur une lame de fer bien décapée, a déposé à la surface de ce métal, une tache rougeâtre brillante et métallique.

Il résulte de l'ensemble des expériences faites sur

la portion de l'estomac qui ne s'est pas dissoute dans l'eau dans laquelle on l'a fait bouillir, que ce viscère contenait 1° une très-grande quantité de carbonate de chaux ou craie; que c'est ce carbonate de chaux qui constituait les petits points blancs dont la muqueuse interne était parsemée; — 2° qu'il renfermait en outre une quantité notable d'un produit de cuivre, probablement de l'oxide de ce métal, en même temps qu'il contenait d'ailleurs les autres matières qui existent naturellement dans les matières animales, tels que l'oxide de fer et le phosphate de chaux.

*Examen du contenu du bocal désigné intestins grêles et liquides contenus dans les intestins grêles de l'enfant H.*

Ces intestins qui sont dans le même état de putréfaction que l'estomac, répandent une odeur tout aussi insupportable : ouverts dans toute leur longueur, on aperçoit sur la muqueuse interne, mais seulement dans quelques portions de son trajet, de petits points blancs, analogues à ceux observés dans l'estomac, mais beaucoup plus petits, et infiniment moins nombreux.

Ces intestins et le liquide dans lequel ils baignaient, ayant été soumis exactement à la même série d'expérience que l'estomac, nous croyons pouvoir nous abstenir d'en répéter la description; nous nous bornerons à affirmer que nos expériences nous ont démontré qu'ils ne contenaient exactement que ce que nous avons trouvé dans l'estomac, c'est-à-dire, de la craie, et du cuivre, mais dans des proportions infiniment plus petites.

*Examen du contenu du bocal désigné gros intestins et liquides contenus dans les gros intestins de l'enfant H.*

Ces intestins comme les précédens, sont également dans le travail de la putréfaction; et comme eux répandent une odeur insupportable. Ouverts dans leur longueur, on n'y a point remarqué de points blanchâtres.

Soumis à la même série d'opérations que l'estomac et les intestins grêles, on n'a trouvé dans leur décoction, ni poisons minéraux, ni poisons végétaux, et la cendre de la matière animale qui ne s'est pas dissoute dans l'eau, ne contient aucune trace de cuivre ni de craie.

La présence de la craie déposée à la surface de la muqueuse interne de l'estomac, sans y être adhérente, et sous forme de petits points ne jouissant d'aucune aggrégation.

La présence de cette même matière dans les intestins grêles, mais en quantité infiniment plus petite.

L'absence totale de cette craie dans les gros intestins; l'existence du cuivre dans l'estomac, en quantité notable.

L'existence du même métal dans les intestins grêles, mais en quantité beaucoup plus petite que dans l'estomac.

L'absence totale de ce métal dans les gros intestins, sont des faits remarquables, et qui ne peuvent raisonnablement être attribués au hasard ou à un état pathologique des viscères de la digestion de l'enfant H.

---

## HYGIÈNE MORALE.

—

Celui qui a beaucoup vu, qui a recueilli un grand nombre de faits, qui les classe d'après leur affinité, qui par induction, arrive à des vérités, à des principes applicables aux faits individuels qui se présentent plus tard, celui-là a fait mentalement de la statistique : c'est un homme expérimenté. Mais lorsque les faits sont si nombreux, si variés, que la mémoire ne peut les reproduire, que l'entendement ne peut en saisir tous les rapports, l'homme a recours à la statistique comme à un instrument qui, suppléant à la faiblesse de son intelligence, étend le champ de l'observation et rend l'induction plus facile.

Mais la statistique, pour conduire à des applications utiles, est soumise à des conditions sans lesquelles tous ses résultats sont vagues et incertains. Les faits doivent être très-nombreux et recueillis par des observateurs capables de bien voir : ce qui n'est pas toujours chose facile. Une sage critique doit présider aux choix des faits que l'on veut comparer. Il faut éviter toute théorie, toute conjecture, toute discussion étrangère à la sévère observation des faits : et si la statistique a mérité souvent le reproche d'être infidèle, c'est parce qu'alors elle a négligé de remplir ces conditions.

Qu'on ne dise pas que les faits étant variables, les résultats qui en découlent doivent être variables comme eux; que ces résultats sont sans application, puisque tout est changé lorsqu'on arrive aux applications. On ne réfléchit pas qu'il existe, au moral comme au physique, un ordre général et fixe auquel sont subordonnés les faits particuliers, quelque variables qu'ils soient. C'est la providence gouvernant le monde, laissant à chacun son libre arbitre et faisant concourir même la liberté des individus à l'accomplissement des lois immuables. Les quantités moyennes sont déterminées par des causes générales qui échappent à notre appréciation. Ces moyennes, même pour les faits sociaux, sont durables ou ne sont modifiées que très-lentement et par des circonstances saisissables; en sorte que les résultats généraux de la statistique, si variables pour les individus, sont constans pour les masses.

M. Quetelet, qui a déjà publié plusieurs travaux d'un très-grand intérêt sur la statistique appliquée à l'économie politique, vient, dans une lettre qu'il a adressée à notre collaborateur et son émule en statistique, le docteur Villermé, de faire pressentir la possibilité de mesurer l'influence des causes qui modifient les rapports sociaux. Voici cette lettre que nous publions presque en totalité.

Dans cette lettre, M. Quetelet *démontre la possibilité de mesurer l'influence des causes qui modifient les élémens sociaux* (1).

---

(1) Esquirol.

J'ai été conduit par les recherches nombreuses que j'ai faites sur le développement des qualités physiques et morales de l'homme et par l'étude attentive des résultats qu'elles m'ont fournis, à reconnaître dans l'homme considéré, soit comme individu, soit comme membre du corps social, des lois qui ne me semblent pas sans importance ; j'ai essayé d'en indiquer quelques-unes : je me propose de présenter les autres dans un ouvrage spécial, dont je m'occupe à réunir les élémens.

Parmi les résultats relatifs à l'homme, un des plus curieux me semble être celui qui concerne la régularité avec laquelle se reproduisent périodiquement les faits de même nature, de manière qu'on est obligé non seulement d'admettre, comme dans les faits physiques qui sont entièrement en dehors de l'homme, une dépendance intime entre les effets et les causes, mais encore de reconnaître que les causes agissent d'une manière à peu près invariable d'une année à l'autre. L'homme, comme individu, semble agir avec la latitude la plus grande ; sa volonté ne paraît connaître aucunes bornes, et cependant, comme je l'ai déjà fait observer plusieurs fois, *plus le nombre des individus que l'on observe est grand, plus la volonté individuelle s'efface et laisse prédominer la série des faits généraux qui dépendent des causes en vertu desquelles la société existe et se conserve.* Il n'est donné qu'à peu d'hommes, doués d'une puissance de génie supérieure, d'imprimer une action sensible au système social ; et encore cette action exige souvent un temps considérable pour transmettre pleinement son effet.

Si l'action modificative des hommes se communiquait immédiatement au système social, toute espèce de prévision deviendrait impossible, et l'on chercherait vainement dans le passé des leçons pour l'avenir. Mais il n'en est point ainsi, quand des causes actives ont pu s'établir ; elles exercent une action durable, long-temps même après qu'on a cherché à les combattre et à les détruire ; on ne saurait donc apporter assez de soins à les signaler et à développer les moyens les plus efficaces pour les modifier d'une manière utile. Cette réaction de l'homme sur lui-même est une de ses plus nobles attributions : c'est le champ le plus beau dans lequel puisse se déployer son activité. Comme membre du corps social, il subit à chaque instant la nécessité des causes, et leur paie un tribut régulier ; mais comme homme, usant de toute l'énergie de ses facultés intellectuelles, il maîtrise en quelque sorte ces causes, modifie leurs effets, et peut chercher à se rapprocher d'un état meilleur.

Dans mes recherches précédentes, je me suis particulièrement attaché à mettre en évidence cette constance avec laquelle les causes se manifestent dans leurs effets et surtout dans ce qui concerne le crime ; je n'ai cessé de répéter chaque année : *Il est un budget qu'on paie avec une régularité effrayante, c'est celui des prisons, des bagnes et des échafauds ; c'est celui-là surtout qu'il faudrait s'attacher à réduire!* (1) et, chaque année, les nombres sont venus confirmer mes prévisions, à tel point que j'aurais pu dire peut-être avec plus d'exactitude : il est un tribut que l'homme acquitte avec plus de régularité que celui qu'il doit à la nature ou au trésor de l'état, c'est celui qu'il paie au crime ! Si je reviens encore sur le même sujet, c'est afin de faire toucher, pour ainsi dire, du doigt ce que je viens d'énoncer. Je tâcherai en même temps de présenter une mesure qui permette de comparer l'importance des causes qui agissent sur notre corps social.

Il faut d'abord admettre en principe que, là où il n'existe point des causes variables, les effets, produits seront constamment les mêmes ; et que plus les causes seront variables, plus aussi les effets varieront en général dans des limites étendues. Ainsi, en supposant que la volonté de l'homme agisse indépendamment de toute loi fixe et dans les sens les plus divers, les plus désordonnés, on devra nécessairement trouver que les effets produits présenteront également les anomalies les plus grandes, et des écarts qui varieront dans les limites les plus larges. Or, ce sont ces écarts qu'il convient d'examiner et de *mesurer.*

Pour fixer nos idées, supposons qu'on veuille rechercher s'il existe des causes en général qui modifient la répression du crime, ou la sévérité avec laquelle on punit les coupables. Il faudra recourir nécessairement à des observations recueillies avec soin ; et, si les résultats annuels ne sont pas constamment les mêmes, on sera forcé d'admettre que les variations proviennent ou des erreurs des observations, ou de l'influence de causes locales, ou de l'influence de causes morales inhérentes à l'homme. En se livrant à de semblables recherches, on trouve effectivement que ces élémens varient selon les temps et les lieux. Or, comme le nombre des causes influentes probables peut être extrêmement grand, il convient de les étudier individuellement : c'est ainsi que nous pourrons d'abord écarter de nos résultats les causes influentes relatives aux localités, en prenant toutes nos observations dans un même pays ; et que nous éliminerons aussi les causes influentes qui tiennent à la périodicité des saisons, en faisant porter nos recherches sur toute l'étendue d'une année, sauf à revenir ensuite sur l'appréciation de toutes les causes influentes prises séparément.

En réunissant les documens statistiques que présente la France pour ses cours d'assises et pour les six années qui précèdent 1831, on trouve :

---

(1) Cette assertion qui n'est malheureusement que trop fondée sur l'expérience, paraît avoir fait impression sur quelques législateurs qui étudient le corps social d'une manière philosophique. Elle a été reproduite à la tribune de France et chez nous. M. Henri de Brouckère y a cru voir un puissant argument pour introduire quelques modifications dans les peines. Séance du 14 juillet 1832.

| ANNÉES. | ACCUSÉS. | CONDAMNÉS. | RÉPRESSION. |
|---|---|---|---|
| 1825 | 7234 | 4594 | 0.635 |
| 1826 | 6988 | 4348 | 0.622 |
| 1827 | 6929 | 4236 | 0.610 |
| 1828 | 7396 | 4551 | 0.615 |
| 1829 | 7373 | 4475 | 0.607 |
| 1830 | 6962 | 4130 | 0.593 |
| Moyenne. | 7147 | 4389 | 0.6137 |

Ce tableau nous montre que la répression pour les crimes en général a subi annuellement une diminution, assez faible à la vérité, mais dont les résultats sont sensibles. Or, parmi les causes qui ont de l'influence sur la répression, les unes agissent d'une manière constante et les autres d'une manière variable. En vertu de l'action des premières, le nombre 0, 614 qui exprime la répression pour les crimes en général aurait une valeur constante d'une année à l'autre; en vertu de l'action des causes variables, le même nombre subirait des variations plus ou moins grandes. Je m'occuperai d'abord de mesurer l'influence des causes constantes.

Pour bien faire concevoir ma pensée, je suppose qu'un individu soit mis en état d'accusation; il y aura, comme nous venons de le voir, 614 sur 1000 à parier qu'il sera condamné; cette probabilité doit être prise dans le sens le plus général et en admettant qu'on ne connaisse rien encore sur la nature du crime, ni sur l'âge, ni sur le sexe de l'accusé, ni sur son état d'instruction, ni sur aucune des causes constantes qui modifient la répression. Mais si l'on ajoute que l'accusation a lieu pour un crime contre les personnes, la probabilité d'être condamné change; l'expérience prouve en effet que la répression pour les crimes contre les personnes est moindre que celle pour les crimes contre les propriétés. En France, les valeurs moyennes ont été de 0,477 et 0,655 pour les six années qui précèdent 1831. Ainsi, il y a seulement 477 à parier sur 1000 qu'on sera condamné quand il s'agit de crimes contre les personnes, et 655 quand il s'agit de crimes contre les propriétés. La cause principale de cette inégalité paraît être, comme on l'a souvent remarqué., qu'on répugne à appliquer les peines lorsqu'elles ont un certain degré de gravité ou qu'elles semblent trop fortes eu égard aux crimes : ce qui a surtout lieu pour les crimes contre les personnes.

Le sexe des accusés a encore une influence marquée sur la répression; la sévérité est moins grande pour les femmes. Toutes ces nuances deviendront plus sensibles par le tableau suivant, qui indique les divers degrés de probabilité qu'a un acusé d'être condamné selon les causes qui lui sont favorables ou contraires.

| ÉTAT DE L'ACCUSÉ. | PROBABILITÉ D'ÊTRE CONDAMNÉS. |
|---|---|
| Ayant une instruction supérieure. . . . . | 0.400 |
| Condamné qui est venu purger sa contumace. . . . | 0.476 |
| Accusé de crime contre les personnes. . . . . | 0.477 |
| Sachant bien lire et écrire. . . . . | 0.543 |
| Étant femme. . . . . | 0.576 |
| Ayant plus de 30 ans. . . . . | 0.586 |
| Sachant lire et écrire imparfaitement. . . . . | 0.600 |
| Sans désignation aucune. . . . . | 0.614 |
| Étant homme. . . . . | 0.622 |
| Ne sachant ni lire ni écrire. . . . . | 0.627 |
| Ayant moins de 30 ans. . . . . | 0.630 |
| Accusé de crime contre les propriétés. . . . . | 0.655 |
| Étant contumace. . . . . | 0.960 |

L'expérience prouve donc que la cause la plus influente pour faire diminuer la répression est de se présenter devant ses juges avec les avantages d'une instruction supérieure, ce qui suppose aussi une certaine aisance et des moyens faciles de présenter sa défense. Pour se trouver dans l'état le plus avantageux possible, il faudrait avoir plus de 30 ans, être femme, avoir reçu une instruction supérieure, paraître sous une accusation de crime contre les personnes et venir purger sa contumace : pour se trouver au contraire dans l'état le plus désavantageux, il faudrait avoir moins de 30 ans, ne savoir ni lire ni écrire, être homme, se présenter sous une accusation de crime contre les propriétés, et ne pouvoir, comme contumace, produire ses moyens de défense.

Les causes qui modifient la probabilité d'être condamné, selon l'état de l'accusé, me semblent assez évidentes pour qu'il soit superflu d'y insister. Il peut ne pas en être de même du degré d'influence de ces causes : cette estimation offre des difficultés; en y réfléchissant, il m'a semblé qu'on pourrait fort bien, pour tous les élémens numériques sujets à subir des variations, *estimer l'importance des écarts de la moyenne ou l'importance des causes qui les produisent, en comparant ces écarts à la grandeur de la moyenne.* C'est ainsi à peu près que les premiers géomètres qui se sont occupés de la théorie des probabilités appliquées aux faits relatifs à l'homme, et Buffon en particulier, ont estimé l'importance d'une somme pour un individu, en la comparant à ce que cet individu possède.

D'après cette estimation, il faudrait prendre les écarts de chacun des rapports calculés précédemment, et les comparer au nombre 0,614, mesure de la répression en France, quand on n'a égard à l'effet d'aucune cause modificative; la grandeur respective des écarts donnerait la mesure de leur importance, et par suite celle des causes qui les produisent, en regardant les effets comme proportionnels aux causes. Supposons, par exemple, qu'on cherche à évaluer les influences respectives qu'exercent sur la répression du crime en France l'avantage d'avoir reçu une instruction supérieure et celui d'être femme; on trouve pour les valeurs de la répression 0,400 et 0,576; et les écarts de ces nombres à la moyenne générale 0,614, sont 0,214 et 0,038. D'après ce qui a été dit, l'importance de ces écarts ou des causes qui les produisent, serait 214/614 et 38/614, oubien 0,348 et 0,062. On voit par là qu'une instruction supérieure exerce une influence cinq fois plus grande que l'avantage d'être femme, pour faire diminuer la répression du crime devant les tribunaux. Le tableau suivant présente les degrés d'influence des différentes causes modificatives de la répression du crime calculées sur les mêmes bases.

| ÉTAT DE L'ACCUSÉ. | DEGRÉ RELATIF D'INFLUENCE DE L'ÉTAT DE L'ACCUSÉ SUR LA RÉPRESSION. |
|---|---|
| Ayant une instruction supérieure. . . . . | 0.348 |
| Condamné qui est venu purger sa contumace. . . | 0.224 |
| Accusé de crime contre les personnes. . . . . | 0.223 |
| Sachant bien lire et écrire. . . . . | 0.115 |
| Étant femme. . . . . | 0.062 |
| Ayant plus de 30 ans. . . . . | 0.045 |
| Sachant lire et écrire imparfaitement. . . . . | 0.023 |
| SANS DÉSIGNATION AUCUNE. . . . . | 0.000 |
| Étant homme. . . . . | 0.013 |
| Ne sachant ni lire ni écrire. . . . . | 0.022 |
| Ayant moins de 30 ans. . . . . | 0.026 |
| Accusé de crime contre les propriétés. . . . . | 0.067 |
| Étant contumace. . . . . | 0.563 |

Ainsi il n'existe, comme je l'ai déjà fait observer, aucune cause qui ait plus d'influence pour faire varier la répression du crime que l'état de contumace de l'accusé. Le tableau précédent n'a pas seulement l'avantage de mettre ce résultat en évidence, mais il montre encore le degré d'influence de la cause qui le produit.

Il se présente ici une question d'une autre espèce, c'est celle de savoir jusqu'à quel point nous pouvons regarder comme constantes les causes qui ont été énumérées précédemment. Pour que l'on pût dire qu'elles sont absolument constantes, il faudrait que les résultats qu'elles produisent annuellement demeurassent invariables; or, c'est ce qui n'arrive pas : les écarts de la moyenne, que nous avons pris comme des quantités constantes, subissent annuellement de petites modifications, que nous avons attribuées à des causes *variables;* ces modifications sont en général fort peu de chose, quand on ne considère qu'un petit nombre d'années; mais encore faut-il en tenir compte. La répression pour le crime en général, par exemple, n'a pas eu constamment pour valeur 0,614 pendant les six années qui ont fourni les élémens de nos calculs; on a remarqué de petits écarts annuels, et la répression dans ses plus grands écarts de la moyenne en plus et en

moins, a été, 0,635 et 0,593; ce qui donne pour les écarts 0,021 et 0,021 ; et par conséquent pour degré commun de leur importance 21/614, ou 0,034 ; ainsi, les causes variables qui ont fait changer la répression, ont eu dans leur *maximum* et *minimum* d'énergie des influences qui ont égalé et même surpassé les influences de quelques causes que nous avons regardées comme constantes. Pour se faire une idée plus justes des causes variables, il convient d'examiner les effets qu'elles ont produits annuellement sur chacun des élémens qui ont été considérés plus haut. Les tableaux suivans donneront des renseignemens à cet égard.

| ANNÉES. | RÉPRESSION POUR LES CRIME CONTRE | | RÉPRESSION. | |
|---|---|---|---|---|
| | Les personnes. | Les propriétés. | Hommes. | Femmes. |
| 1825 | 0.46 | 0.66 | » | » |
| 1826 | 0.51 | 0.67 | 0.63 | 0.60 |
| 1827 | 0.50 | 0.65 | 0.62 | 0.60 |
| 1828 | 0.47 | 0.66 | 0.63 | 0.57 |
| 1829 | 0.46 | 0.65 | 0.62 | 0.57 |
| 1830 | 0.46 | 0.64 | 0.61 | 0.54 |
| Moyenne. | 0.477 | 0.655 | 0.622 | 0.576 |

| ANNÉES. | RÉPRESSION POUR LES INDIVIDUS AYANT | | RÉPRESSION | |
|---|---|---|---|---|
| | Moins de 30 ans. | Plus de 30 ans. | Contumace. | Condamnés qui purgent leur contumace. |
| 1826 | 0.64 | 0.60 | 0.93 | 0.49 |
| 1827 | 0.64 | 0.58 | 0.97 | 0.45 |
| 1828 | 0.64 | 0.58 | 0.67 | 0.46 |
| 1829 | 0.62 | 0.59 | 0.97 | 0.50 |
| 1830 | 0.61 | 0.58 | 0.96 | 0.48 |
| Moyenne. | 0.63 | 0.586 | 8.96 | 0.476 |

| ANNÉES. | RÉPRESSION POUR LES INDIVIDUS | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Ne sachant ni lire ni écrire. | Sachant lire et écrire imparfaitem. | Sachant bien lire et écrire. | Ayant reçu une instruction supérieure. |
| 1828 | 0.63 | 0.62 | 0.56 | 0.35 |
| 1829 | 0.63 | 0.60 | 0.55 | 0.48 |
| 1830 | 0.62 | 0.58 | 0.52 | 0.37 |
| Moyenne. | 0.627 | 0.60 | 0.543 | 0.40 |

Ces différens tableaux nous apprennent que les variations les plus grandes, subies par chacune des causes constantes qui modifient la répression, n'ont guère dépassé la valeur de l'intensité même de ces causes; ou, en d'autres termes, que, dans les circonstances les plus défavorables aux observations, les effets des causes constantes n'ont guère été effacés par les effets des causes variables et accidentelles. On en jugera mieux par le tableau suivant, qui fait connaître l'importance des écarts les plus grands en plus et en moins qu'ont présentés les causes qui modifient la répression dans chacun des cas que nous avons énumérés plus haut.

| CAUSES QUI MODIFIENT LA RÉPRESSION. | DEGRÉS RELATIFS DE L'IMPORTANCE DE L'ÉCART MAXIMUM DE LA MOYENNE. | |
|---|---|---|
| | En moins. | En plus. |
| L'accusé a une instruction supérieure. . . . . | 0.200 | 0.125 |
| — vient purger sa contumace. . . . . | 0.050 | 0.056 |
| — est poursuivit pour crimes contre les personnes. | 0.069 | 0.035 |
| — sait bien lire et écrire. . . . . | 0.031 | 0.042 |
| — est du sexe féminin. . . . . | 0.042 | 0.062 |
| — a plus de 30 ans. . . . . | 0.024 | 0.027 |
| — sait lire et écrire imparfaitement. . . . . | 0.033 | 0.033 |
| — EST SANS DÉSIGNATION. . . . . | 0.034 | 0.034 |
| — est du sexe masculin. . . . . | 0.013 | 0.019 |
| — ne sait ni lire ni écrire. . . . . | 0.005 | 0.011 |
| — a moins de 30 ans. . . . . | 0.016 | 0.032 |
| — est poursuivi pour crime contre les propriétés. | 0.039 | 0.018 |
| — est contumace. . . . . | 0.010 | 0.031 |

J'ai toujours raisonné dans l'hypothèse que nos résultats étaient basés sur un nombre d'observations si grand qu'il n'entrait plus rien de contingent dans la valeur des moyennes; mais ce n'est point ici le cas. Quelques résultats sont déduits d'observations encore en petit nombre, et l'on sait que, toutes choses égales, *la précision des résultats croît comme la racine carrée du nombre des observations.* Ceci doit particulièrement s'appliquer à ce qui concerne la répression de l'accusé qui a reçu une instruction supérieure. Les valeurs obtenues sont déduites d'un petit nombre d'observations, et les écarts de la moyenne en ont été d'autant plus grands: or, en employant la méthode des moindres carrés, j'ai trouvé que la précision des nombres 0,400 et 0,6137 obtenus précédemment pour la répression en général et pour la répression exercée en particulier contre les accusés qui ont reçu une instruction supérieure, est dans ce rapport de 0,0870 à 0,0075, ou comme 11 est à 1.

En séparant, d'après les observations précédentes, ce qu'il peut y avoir de purement contingent dans les écarts des moyennes, pour ne considérer que les causes qui ont une influence plus ou moins régulière sur la répression, je crois qu'on pourrait assez bien représenter leur influence par 0,034. Ces écarts sont tels qu'il est facile de reconnaître que la répression a diminué graduellement. Or, cette diminution progressive a dû avoir ses causes; et l'une d'elles, la plus influente sans doute, se trouve signalée dans le *compte général de l'administration de la justice criminelle en France, pendant l'année* 1830. « Six années se sont écoulées depuis que les comptes généraux de l'administration de la justice criminelle ont été publiés, y est-il dit. Pendant la première moitié de cette période (1825, 1826 et 1827), les listes des jurés étaient formées d'après les règles posées dans le Code d'instruction criminelle; pendant la seconde moitié (1828, 1829 et 1830), ces listes ont été dressées en vertu de la loi du 2 mai 1827, qui a changé les bases du jury, et a appelé un plus grand nombre de citoyens à en faire le service. En prenant dans leur ensemble les résultats des accusations pendant la période entière de six années, ainsi que pendant chacune de ses parties, et en comparant ces divers résultats.... on trouve que la seule différence du jury formé par le Code d'instruction criminelle, et celui qu'a donné la législation subséquente, consiste en ce que ce dernier jury semble avoir une légère tendance à apprécier moins sévèrement les accusations. La preuve de cette assertion résulte du tableau suivant.

| ANNÉES. | TOTALITÉ DES ACCUSÉS. | | |
|---|---|---|---|
| | Acquittés | CONDAMNÉS A DES PEINES | |
| | | Infamantes. | Correctionnelles. |
| 1825, 1826, 1827, 1828, 1829 et 1830. | 0.39 | 0.38 | 0.23 |
| 1825, 1826 et 1827. | 0.38 | 0.41 | 0.21 |
| 1818, 1829 et 1830. | 0.39 | 0.36 | 0.26 |

« Dans quelques années, on pourra comparer ces résultats avec ceux que produiront les déclarations du jury actuel, dont les élémens conséctifs ont encore été augmentés par l'abaissement du cens électoral, et qui ne condamne maintenant qu'à une majorité de plus de sept voix. »

Ainsi, le tableau précédent nous montre que non-seulement le nombre des acquittemens a diminué, mais que même les peines prononcées ont été moins rigoureuses; il y a eu moins de peines infamantes et plus de peines correctionnelles.

Cette observation sur la tendance à apprécier moins sévèrement les accusations, se présente avec un degré de probabilité plus grand encore, quand on examine en détail la nature des crimes : c'est là surtout que l'on peut voir si l'on a reculé plus facilement devant l'application des peines, à cause de leur gravité. On trouve en effet que les condamnations à mort ont diminué d'une manière très-sensible. Les mêmes observations se reproduisent en faisant la distinction des crimes contre les personnes et contre les propriétés, comme la preuve s'en trouve encore dans le tableau suivant :

| ANNÉES. | ACCUSÉS DE CRIMES CONTRE LES PERSONNES | | | ACCUSÉS DE CRIMES CONTRE LES PROPRIÉT. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Acquittés. | CONDAMNÉS A DES PEINES | | Acquittés. | CONDAMNÉS A DES PEINES | |
| | | Infamantes | Correction. | | Infamantes | Correction. |
| 1825, 1826, 1827, 1828, 1829 et 1830. | 0.52 | 0.28 | 0.20 | 0.34 | 0.42 | 0.24 |
| 1825, 1826 et 1827. | 0.50 | 0.30 | 0.20 | 0.33 | 0.45 | 0.22 |
| 1828, 1829 et 1830. | 0.53 | 0.26 | 0.21 | 0.35 | 0.39 | 0.26 |

Des deux côtés on retrouve moins de condamnations, et les condamnations sont moins rigoureuses (1). Il paraît donc bien probable qu'il existe des causes, quelle que soit leur nature, qui ont influé en France, pour faire diminuer un peu la répression du crime; la suite nous montre mieux si l'une de ces causes doit être cherchée dans l'introduction de la loi, qui a changé les bases du jury, et si cette cause est unique. Quoi qu'il en soit, il est bien évident que les causes qui ont modifié annuellemant la répression en général, ont eu une influence moindre que les causes constantes qui modifient la répression selon la nature des crimes; car, en conservant les deux périodes établies, les unes n'ont eu pour effet que de produire, terme moyen, deux à trois acquittemens de plus sur 100 accusations en général; et les autres ont presque invariablement produit 18 acquittemens de plus pour les accusations de crimes contre les personnes, que pour les accusations de crimes contre les propriétés. C'est, du reste, ce qu'on a pu voir déjà en comparant les deux tableaux qui ont été donnés précédemment.

J'ai insinué que le changement introduit dans la formation du jury pouvait ne pas être la seule cause qui eût modifié la répression du crime; et en effet, je pense que les événemens de 1830 n'ont pas été sans influence sur cet élément. La répression pour le crime

(1) Voyez les *Comptes généraux*, pour la répression de chaque crime en particulier.

en général y est beaucoup moindre que pendant les autres années, et cette conjecture prend plus de poids encore quand on passe aux détails. Ainsi, la répression dans les douze causes modificatives que nous avons indiquées, a présenté pour cette année neuf *minima*, et les trois autres valeurs se rapprochent aussi beaucoup de la valeur *minimum*. Il est naturel de supposer en effet qu'aux causes qui pouvaient prédisposer à l'indulgence, sont venues se réunir des appréhensions pour soi-même, des craintes de réactions et d'autres causes qui se développent dans le cœur de l'homme au milieu des agitations politiques. Ces mêmes observations s'étendent à la Belgique. En général, une révolution doit apporter des modifications plus ou moins grandes dans chacun des élémens du système social, et en particulier dans ce qui concerne le crime.

Les résultats de la répression pour la Belgique sont assez curieux pour trouver place ici.

| ANNÉES. | CRIMES EN GÉNÉRAL. | | |
|---|---|---|---|
| | ACCUSÉS. | CONDAMNÉS. | RÉPRESSION. |
| 1826 | 725 | 611 | 0.843 |
| 1827 | 800 | 682 | 0.852 |
| 1828 | 814 | 677 | 0 832 |
| 1829 | 753 | 612 | 0.811 |
| 1830 | 643 | 483 | 0.759 |
| Moyenne. | 747 | 613 | 0.821 |

Ce tableau nous montre que la répression a été aussi plus faible en 1830 que pendant les autres années; l'écart est même plus sensible, car la mesure de son importance est 0,075, tandis qu'en France il était 0,034; mais aussi notre révolution a été moins locale qu'en France, et l'état provisoire s'est prolongé davantage.

Une autre observation qui doit frapper, en examinant ce tableau, c'est que la répression a été généralement beaucoup plus forte en Belgique qu'en France; les valeurs respectives de la répression ont été, terme moyen, 0,821 et 0,614, à peu près comme 4 à 3. Cette grande disproportion tient à ce que nous n'avions pas alors l'institution du jury en Belgique, quoique nous fussions régis par les mêmes lois; ces nombres peuvent donner jusqu'à un certain point la mesure de l'influence qu'exerce sur le sort d'un accusé de paraître devant des juges ou devant un jury. Aujourd'hui que l'institution du jury est rétablie parmi nous, on pourra mieux apprécier encore son influence par les modications que subira la répression.

J'ai présenté avec quelque détail ce qui se rapporte à la répression, afin de faire mieux concevoir comment j'envisage la possibilité de mesurer l'influence des causes. Je vais offrir maintenant les résultats des calculs que j'ai obtenus pour d'autres élémens du système social, et leur rapprochement nous conduira à des conclusions assez remarquables. J'ai pris soin d'indiquer les années dans lesquelles se sont présentés les *maxima* et les *minima* des écarts, à côté du degré d'importance de ces écarts.

| BELGIQUE. | IMPORT. DE L'ÉCART | | ÉPOQUES | |
|---|---|---|---|---|
| | En plus. | En moins. | Du maxim. | Du minim. |
| Tailles des miliciens. — Villes. . . . | 0.003 | 0.005 | 1825 | 1827 |
| — — Campagnes. | 0.001 | 0.003 | 1826 | 1827 |
| Répression du crime en général. . . | 0.038 | 0.075 | 1827 | 1830 |
| Condamnations en général (1). . . . | 0.112 | 0.212 | 1827 | 1830 |
| Naissances dans les villes . . . . . | 0.084 | 0.120 | 1825 | 1817 |
| — — campagnes. . . . | 0.083 | 0.139 | 1826 | 1817 |
| Décès dans les villes. . . . . | 0.158 | 0.047 | 1826 | 1816 |
| — — campagnes. . . . . | 0.170 | 0.071 | 1826 | 1824 |
| Mariages (2). . . . . | 0.135 | 0.212 | 1815 | 1817 |
| Recettes du trésor. . . . . | 0.188 | 0.086 | 1826 | 1820 |
| Dépenses du trésor. . . . . | 0.143 | 0.133 | 1826 | 1820 |
| Prix du froment. . . . . | 1.134 | 0.447 | 1816 | 1824 |
| — seigle. . . . . | 1.374 | 0.500 | 1816 | 1824 |
| FRANCE (3). | | | | |
| Répression du crime en général. . . | 0.034 | 0.034 | 1825 | 1830 |
| Condamnation en général. . . . . | 0.047 | 0.057 | 1625 | 1830 |
| Id. pour crime contre les propriétés. | 0.056 | 0.056 | 1828 | 1827 |
| — — — personnes. | 0.153 | 0.144 | 1025 | 1830 |
| Naissances. . . . . | 0.021 | 0.054 | 1819 | 1818 |
| Décès. . . . . | 0.071 | 0.049 | 1828 | 1823 |
| Mariages. . . . . | 0.117 | 0.125 | 1823 | 1817 |

Le tableau précédent met en évidence différens faits que j'examinerai successivement.

D'abord, en ne considérant que les faits en eux-mêmes, et sans avoir égard à l'influence des causes prises individuellement, on voit que parmi les élémens observés, les moins variables sont la taille de l'homme et la répression du crime, ou la sévérité que déploient les tribunaux en le punissant ; on voit arriver ensuite, à peu près sur la même ligne, la facilité que montre l'homme à commettre le crime, et la facilité avec laquelle il se reprodnit ou il meurt. Ainsi, quels que soient les motifs déterminans de ses actions, dans le fait, ils ne modifient pas plus le nombre des décès que le nombre des naissances, ou même que le nombre des crimes qui affligent annuellement la société (4). Les mariages se font aussi avec régularité, mais leur nombre varie cependant dans des limites plus larges que les élémens précédens ; il en a été de même des recettes et des dépenses du trésor en Belgique ; mais aucun élément n'a subi de variations plus grandes que les prix du seigle et du froment.

Nous remarquerons, en passant, que les prix des grains ont une relation très-étroite avec tout ce qui

(1) L'importance des écarts et surtout de l'écart *maximum* en moins est sensiblement plus grande pour la Belgique que pour la France ; cela provient de ce que l'année 1830 a donné beaucoup moins de condamnations que les années précédentes, l'action des tribunaux ayant été suspendue pendant un temps plus ou moins long. Cette année forme véritablement anomalie, et peut-être n'aurions-nous dû la faire figurer dans nos calculs qu'en tenant compte du temps pendant lequel les tribunaux ont été ouverts.

(2) Les rapports ont été pris sur des nombres concernant tout l'ancien royaume des Pays-Bas.

(3) Voyez les *Comptes généraux, etc.*, et l'*Annuaire du bureau des longitudes de France*, 1832, pour ce qui concerne le mouvement de la population de 1817 à 1829.

(4) On objectera peut-être que les observations pour les crimes ne se rapportent qu'à cinq années, tandis que celles pour les naissances et les décès s'étendent sur douze années, et qu'on devait par là même s'attendre à trouver des différences moins grandes entre les valeurs limites des effets produits par les causes variables ; mais je répondrai que d'une autre part les naissances et les décès étant annuellement en nombre beaucoup plus grands que les crimes, ce qu'il y a d'éventuel laisse moins de traces et doit altérer d'une manière moins sensible l'influence des causes régulières.

tient aux autres élémens sociaux. Ainsi, dans les années 1816 et 1817, les prix des grains ont été fort élevés, et les mariages ont été moins nombreux ; d'une autre part, il en a été de même des naissances. Il paraîtrait que le *maximum* des décès devait se présenter aussi dans cette année, au lieu d'un *minimum* qu'on remarque pour les villes en 1816. En examinant attentivement les nombres de 1817, on trouve effectivement qu'ils formeraient des *maxima* pour les villes et les campagnes, si nous avions eu égard à l'accroissement de la population, autre cause influente dont il est facile de tenir compte. Le *minimum* ne serait alors porté en 1824, qui est l'époque où les grains étaient au plus bas prix et qui a été suivie d'une année de plus grande fécondité des femmes, dans les villes comme dans les campagnes.

En ayant égard à l'accroissement annuel de la population, qui a été considérable en Belgique, on trouve des valeurs qui se rapprochent beaucoup de celles que fournit la France ; on trouve de plus que l'année 1817 présente le *minimum* des mariages et des naissances pour les villes comme pour les campagnes, en même temps que le *maximum* des décès, également pour les villes et pour les campagnes.

Il est à remarquer que le *maximum* du nombre des mariages a eu lieu en 1815, malgré l'accroissement de population des années subséquentes. Cette année, qui venait à la suite des guerres et des désastres de l'empire, a permis à un grand nombre de jeunes gens de rentrer dans leurs foyers ; et, en ramenant la paix, elle a dû donner naissance à beaucoup d'établissemens nouveaux.

On peut voir encore dans les nombres précédens que le séjour des villes et des campagnes n'a pas présenté une influence bien prononcée pour faire varier les élémens que nous avons considérés.

J'ai fait jusqu'ici abstraction de l'influence des saisons et des heures du jour ; cependant il peut être intéressant de connaître les influences respectives des périodes annuelles et diurnes, que j'ai éliminées jusqu'à présent de mes calculs, en faisant porter mes observations sur les résultats moyens annuels.

Pour rechercher l'influence de la période annuelle, je comparerai les résultats moyens obtenus chaque mois, et j'évaluerai, comme je l'ai fait jusqu'à présent, l'importance de l'écart *maximum* de la moyenne en plus et en moins. Ce calcul donne les résultats qui suivent : ceux pour les naissances et les décès concernant la Belgique ; les autres sont calculés pour la France.

| | ÉPOQUES | | IMPORT. DE L'ÉCART. | |
|---|---|---|---|---|
| | Des minimum. | Des maximum. | Minimum. | Maximum. |
| Naissances dans les villes (1). . . | Juillet. | Février. | 0.107 | 0.122 |
| — — campagnes. . | — | — | 0.162 | 0.177 |
| Décès dans les villes. . . . . | — | Janvier. | 0.126 | 0.158 |
| — — campagnes. . . | — | — | 0.191 | 0.212 |
| Crimes contre les propriétés. . | — | Décembre. | 0.113 | 0.233 |
| — — personnes. . | Janvier. | Juin. | 0.121 | 0.289 |
| Aliénation mentale. . . . . | — | — | 0.288 | 0.346 |

Ce qui doit frapper d'abord, c'est que l'influence seule des saisons a plus d'effet pour faire varier les élémens relatifs à l'homme, du moins ceux que j'ai considérés, que toutes les influences réunies de la nature et des hommes n'en ont eu pour faire varier les résultats moyens annuels pendant les mêmes périodes. Ces variations mensuelles se font, du reste, de la manière la plus régulière, comme je l'ai fait voir ailleurs. Pour se faire une idée de l'influence des saisons, comparativement aux influences combinées de toutes les causes qui agissent pour modifier les résultats annuels, je comparerai, pour les mêmes élémens, les limites entre lesquelles ont été compris les écarts les plus grands en plus ou en moins, et je prendrai pour unité la somme des écarts de chaque moyenne annuelle; on remarquera qu'ici les conclusions sont déduites des mêmes observations groupées soit par année, soit par mois.

(1) M. l'avocat Guerry a donné dans les *Annales d'Hygiène* pour avril 1829, des dessins représentant l'influence des saisons sur les phénomènes physiologiques : il est bien à regretter que ces dessins ne soient pas accompagnés des nombres d'après lesquels ils ont été faits.

| | SOMMES DES ÉCARTS MAXIMUM ET MINIM. | | RAPPORT. |
|---|---|---|---|
| | Annuels. | Mensuels. | |
| Naissances dans les villes. . . . . | 0.204 | 0.229 | 1.13 |
| — — campagnes. . . | 0.222 | 0.339 | 1.53 |
| Décès dans les villes. . . . . | 0.205 | 0.284 | 1.39 |
| — — campagnes. . . . . | 0.241 | 0.403 | 1.67 |
| Crimes contre les propriétés. . . . | 0.112 | 0.346 | 3.09 |
| — — personnes. . . . | 0.297 | 0·410 | 1.38 |
| Aliénation mentale. . . . . | ? | 0.634 | ? |

Ainsi, les résultats qu'amènent les années, ont été moins dissemblables entre eux que ceux que produisent les saisons; et les influences respectives des causes qui les font naître, pour ce qui concerne le mouvement de la population, sont plus dissemblables dans les campagnes que dans les villes. On peut remarquer en général que les campagnes sont physiquement plus impressionnables que les villes, et que les écarts de la moyenne y ont eu des valeurs plus grandes, sans doute parce qu'on y offre plus de prise aux causes modificatives de différentes espèces.

Les époques auxquelles les maxima et les minima se présentent, ont encore des relations très-singulières. Ainsi les décès et les crimes contre les propriétés sont en plus grand nombre en hiver, par suite des rigueurs des saisons et des privations auxquelles l'homme est exposé. Les crimes contre les personnes sont plus fréquens aux époques où les passions sont plus en jeu et où l'aliénation mentale se manifeste avec plus d'intensité.

Quant à la période diurne, malheureusement les nombres manquent encore pour bien apprécier son influence sur l'espèce humaine. D'après les nombres que j'ai obtenus pour Bruxelles, les naissances seraient plus nombreuses la nuit que le jour. L'écart de la moyenne, en plus comme en moins, a pour importance 0,114 (1): M. Buck est parvenu depuis au même résultat pour la ville de Hambourg, et il a trouvé le rapport 0,136. Vous-même, Monsieur, à l'hospice de la Maternité de Paris, vous avez obtenu des résultats semblables. Les écarts ont plus d'importance quand on compare séparément entre elles les différentes heures de la journée. M. Guerry, dans les *Annales d'hygiène*, pour janvier 1831, a présenté des recherches sur l'influence qu'ont les différentes parties de la journées sur le suicide par suspension, et il a trouvé, d'après une période de 14 années, que le plus grand nombre des suicides ont lieu de 6 à 8 heures du matin, et le nombre le moins grand de midi à deux heures. Les écarts en plus et en moins ont eu pour degré d'importance les nombres 0,626 et 0,614; ces écarts sont considérables, comparativement à ceux que nous avons observés jusqu'à présent.

Il paraîtrait assez que la plus petite période, celle de la journée, a plus d'influence encore que la période mensuelle, qui dépend de la succession des saisons, et par conséquent beaucoup plus d'influence que l'ensemble des causes qui font varier les résultats moyens d'une année à l'autre, en supposant, bien entendu, que ces résultats moyens ne soient pas déduits d'un nombre d'années trop grand, pendant lesquelles les hommes que l'on observait ont pu complètement changer, et présenter pour ainsi dire un autre état social.

Si nous résumons maintenant ce qui précède, nous pourrons en déduire ces conclusions :

1° Les causes régulières et *périodiques*, qui dépendent ou de la période annuelle ou de la période diurne, exercent sur la société des effets plus prononcés et qui varient dans des limites plus larges que les effets combinés *non périodiques*, produits annuellement par le concours de toutes les autres causes qui agissent sur la société; en d'autres termes, le système social, dans sa manière d'être, est plus dissemblable à lui-même pendant le cours d'une année, ou même pendant l'espace d'un jour, que pendant deux années consécutives, ou même que pendant plusieurs années consécutives si l'on a égard à l'accroissement de la population.

2° La période *diurne* semble exercer une influence un peu plus prononcée que la période *annuelle*, du moins en ce qui concerne les naissances.

3° La période annuelle produit des effets plus sensibles dans les *campagnes* que dans les *villes*, et il paraît en être de même des causes en général qui tendent à modifier les faits relatifs à l'homme.

4° Les prix des grains ont une influence très-marquée sur les élémens du système social, et quoique nous manquions encore de données suffisantes pour apprécier les valeurs comparatives de cette influence, cependant nous pouvons très-bien la ranger parmi les causes agissantes les plus énergiques.

5° Si l'on voulait classer, d'après nos observations, les élémens relatifs à l'homme, dans un ordre qui in-

(1) Voyez les *recherches sur la population, etc., dans le royaume des Pays-Bas*, page 21.

diquât le degré de variation dont ils sont susceptibles, on trouverait la succession suivante, en commençant par ceux qui sont les moins variables : la taille de l'homme, la répression du crime ou la sévérité avec laquelle on le punit, les naissances, le penchant au crime ou la facilité avec laquelle on le commet, les décès, les mariages, les recettes et les dépenses du trésor, et enfin les prix des grains.

Ainsi l'homme commet le crime avec autant de régularité au moins qu'il compte annuellement de naissances, de décès ou de mariages, et avec plus de régularité que ne se font les dépenses et les recettes du trésor. Mais aucun des élémens qui le concernent et qui ont été calculés dans notre tableau, ne varie dans des limites plus larges que le prix des grains.

De ce qui précède, nous pouvons tirer ces deux principales conclusions :

Puisque le prix des grains est une des causes les plus influentes sur la mortalité de l'espèce humaine et sur sa reproduction, et que ce prix peut varier encore aujourd'hui dans les limites les plus larges, il est de la prévoyance des gouvernemens d'atténuer le plus possible toutes les causes qui amènent ces grandes variations dans les prix, et par suite dans les élémens du corps social.

D'une autre part, puisque les crimes qui se commettent annuellement semblent être un résultat nécessaire de notre organisation sociale, et que le nombre n'en peut diminuer sans que les causes qui les amènent ne soient préalablement modifiées, c'est aux législateurs à reconnaître ces causes et à les faire disparaître autant que possible : à eux appartient la fixation du budget des crimes, comme celui des recettes et des dépenses du trésor. L'expérience démontre en effet avec toute l'évidence possible cette opinion, qui pourra sembler paradoxale au premier abord, que *c'est la société qui prépare le crime, et que le coupable n'est que l'instrument qui l'exécute.* Il en résulte que le malheureux qui porte sa tête sur l'échafaud ou qui va finir son existence dans les prisons, est en quelque sorte une victime expiatoire de la société. Son crime est le fruit des circonstances dans lesquelles il s'est trouvé ; la gravité de son châtiment en est peut-être un nouveau résultat. Cependant, quand les choses en sont parvenues à ce point, la peine n'en est pas moins un mal nécessaire, ne fût-ce que comme moyen préventif ; il serait à désirer seulement que les autres moyens de prévention pussent devenir désormais assez efficaces pour qu'on fût moins forcé de recourir à celui-ci.

Pour moi, je suis tellement persuadé de la possibilité de soumettre au calcul les valeurs probables qui figureront dans les prochains *Comptes généraux de l'administration de la justice en France,* que j'avais résolu d'abord de former votre prochain budget pour les crimes, en calculant toutes les chances des écarts que pourront présenter les nombres présumés. Cette épreuve, dont je craindrais peu les résultats, pour moi-même, aurait l'avantage de montrer combien ce sujet mérite d'attention. Cependant l'abus qu'on a fait depuis quelque temps des résultats statistiques et les prévisions prématurées qu'on en a déduites, m'ont fait sentir le besoin de me renfermer dans le rôle de simple observateur, et de m'imposer une juste réserve sur ce qui concerne l'avenir.

QUETELET.

Bruxelles, le 27 décembre 1832.

BULLETIN GÉNÉRAL

# DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

## Recueil pratique

PUBLIÉ PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ, RÉDACTEUR EN CHEF.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### ESSAI THÉRAPEUTIQUE SUR LE SOUS-NITRATE DE BISMUTH.

PREMIER MÉMOIRE. — *De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la diarrhée.*

Le titre de ce premier mémoire paraîtra singulier à quelques personnes; quel sens médical attacher aujourd'hui au mot *diarrhée?* La diarrhée n'est qu'un symptôme, et il n'est pas raisonnable de diriger une médication contre la manifestation des symptômes d'une maladie; il est bien plus logique de combattre la maladie elle-même, ou du moins la lésion qui produit, entretient ou accompagne les symptômes.

A cela je réponds que la diarrhée reconnaît une multitude de causes; que certaines modifications organiques qui déterminent la diarrhée ne seront pas guéries par l'emploi du bismuth; que certaines autres le seront avec facilité. Je distinguerai avec soin les cas où ce médicament peut être utilement appliqué; je ferai connaître ceux dans lesquels il est au moins inutile de le mettre en usage. Ce n'est donc pas au symptôme *diarrhée* que je m'attaque, mais bien à la maladie dont ce symptôme est l'expression.

A. *Diarrhée aiguë.* Dans la forme la plus simple, la diarrhée consiste dans un plus ou moins grand nombre d'évacuations alvines, qui s'accompagnent d'anorexie, de malaise, d'un sentiment de faiblesse et d'un notable refroidissement. Cette maladie est très-commune chez les enfans au moment de la dentition, ou lorsqu'ils ne sont pas élevés au téton; elle est très-fréquente encore chez ceux que l'on sèvre brusquement, chez ceux encore que l'on nourrit mal et qui tettent trop peu. De tous les agens thérapeutiques que je connaisse, le bismuth est celui qui m'a rendu les plus grands services dans cette occasion. Ce médicament s'administre ordinairement chez les enfans de la manière suivante : on fait préparer chez le pharmacien plusieurs paquets de trois grains de sous-nitrate de bismuth, en mêlant ce sel avec deux ou trois fois son poids de sucre râpé, on en dépose un paquet sur la langue de l'enfant deux, trois ou quatre fois par jour. Le bismuth est insoluble, et par conséquent insipide; mêlé au sucre, il est facilement avalé par les enfans, qui le trouvent ainsi fort agréable. Il est plus simple encore de le faire prendre dans du sirop, de le mêler à des confitures, ou même de le délayer dans la bouillie de l'enfant. Six grains par jour, pris en deux ou trois doses, suffisent pour un enfant de un à six mois; de six mois à un an, il convient d'aller à huit grains dans les vingt-quatre heures; de un à trois ans, on peut aller

jusqu'à douze grains; il est rarement nécessaire de dépasser la dose de 18 grains jusqu'à l'époque de la puberté.

Chez les adultes, cette forme de la diarrhée est connue dans le monde sous le nom de *dérangement d'estomac*. Elle succède ordinairement à l'impression du froid, aux veilles, à l'abus des plaisirs de l'amour, aux excès de table. Les purgatifs salins manquent rarement de guérir en 24 ou 48 heures cette indisposition, qui cède d'ailleurs le plus souvent d'elle-même, pourvu qu'on évite les causes qui l'ont produite; mais beaucoup de malades répugnent à prendre du sulfate de soude ou de magnésie, et d'ailleurs ils ne consentent pas aisément à garder le lit ou la chambre pendant un jour; ajoutons à cela qu'il est de la plus grande importance de garder une diete plus ou moins sévère, à laquelle s'assujétissent difficilement des personnes qui ne vont que trois ou quatre fois par jour à la garderobe, et qui d'ailleurs n'ont pas de fièvre.

Le sous-nitrate de bismuth amène dans ce cas une très-rapide guérison. On l'administre de la manière suivante : prendre aux deux repas de deux à trois pilules de six grains. Les personnes qui ne peuvent pas avaler de pilules prendront le médicament en poudre entre deux tranches de soupe, dans un potage, dans des confitures, etc., etc.

La diarrhée est supprimée ordinairement à la fin du deuxième jour du traitement, quelquefois dès la première journée; il est rare qu'il faille quatre jours pour obtenir la guérison, pourvu toutefois que le malade ne mange pas en trop grande quantité, et qu'il ne choisisse pas des alimens indigestes.

Le régime à suivre ne doit pas être fort sévère : manger peu et des substances faciles à digérer, éviter les causes qui ont amené la maladie.

Lorsque les adultes peuvent faire diète, c'est-à-dire ne manger que deux ou trois potages dans la journée, la guérison s'obtient plus vite.

Cette médication a le grand avantage pour les enfans que, ne pouvant supporter la diète, ils peuvent être alimentés en même temps que traités, et c'était un grand problème à résoudre dans la thérapeutique des nouveau-nés.

Dès que la diarrhée est dissipée, il est important de ne pas suspendre brusquement l'administration du remède, surtout chez les enfans. On reste à la même dose pendant deux ou trois jours, puis on diminue graduellement, en même temps que le malade reprend ses habitudes et son régime.

B. Dans une forme un peu plus grave de l'entérite diffuse, caractérisée par de vives coliques, des vomissemens, de la diarrhée, de la fièvre; dans la dyssenterie sporadique et épidémique; après que l'on a calmé les principaux accidens par diverses médications, il convient, si la diarrhée persiste, de recourir au bismuth, que l'on administre exactement suivant la méthode que j'ai indiquée tout-à-l'heure.

Ce médicament ne nous a pas réussi au début de ces affections, non qu'il ait causé quelque aggravation de symptômes; mais il est resté inutile. Au contraire, il convenait parfaitement dès que la fièvre était dissipée et que la diarrhée persistait seule. Cependant chez deux jeunes femmes qui entrèrent à l'Hôtel-Dieu de Paris avec une diarrhée aiguë et fébrile, symptomatique d'une gastro-entérite diffuse, l'administration de 24 grains de sous-nitrate de bismuth fit cesser en deux jours la fièvre et la diarrhée.

C. J'ai essayé, d'après ce qu'avaient dit plusieurs médecins étrangers, et surtout le docteur Léo; j'ai essayé, dis-je, le magistère de bismuth dans le traitement du choléra-morbus, qui a ravagé l'Europe dans ces dernières années; je n'ai eu à me louer de ce médicament que dans les cas que je vais indiquer. Pendant que le choléra sévissait épidémiquement, et lors même qu'il ne faisait plus qu'un petit nombre de victimes, beaucoup de personnes éprouvaient de la diarrhée, accident d'autant plus grave que bien souvent il amenait après lui le choléra. 18 ou 36 grains de bismuth, pris dans la journée en deux ou trois doses, et continués pendant une semaine, arrêtaient la diarrhée et rétablissaient toutes les fonctions digestives. Cette médication m'a paru au moins inutile pendant la période aiguë du choléra algide; mais, dès que les accidens nerveux étaient calmés, et qu'il ne restait plus au malade que de la diarrhée, de l'inappétence, et une impossibilité presque absolue de digérer le moindre aliment, l'oxide de bismuth, administré tous les jours à la dose de 18, 24, et jusqu'à 36 grains, permettait au malade de recevoir quelques alimens légers, tels que du lait ou des émulsions de jaunes d'œuf dans de l'eau tiède et sucrée, et peu de jours suffisaient pour amener une prompte et solide convalescence.

D. J'avais administré l'oxide de bismuth à un si grand nombre de malades, et ce médicament avait été si constamment exempt d'inconvéniens, alors même qu'il n'avait pas été utile, que je n'hésitai pas à l'essayer dans la dothinentérie.

Toutefois je n'ai point encore osé l'administrer dans le cours des trois premiers septenaires de la maladie, si ce n'est chez une jeune malade, qui s'en est évidemment mal trouvée; mais, à partir du vingt-unième jour de la dothinentérie, je retire les plus grands avantages du magistère de bismuth dans les cas que je vais indiquer. Si, après 21 jours, il existe encore de la diarrhée, je commence l'usage du bismuth le premier jour à la dose de 12 grains divisés en trois prises, et j'augmente de quatre grains par jour, jusqu'à ce que je sois arrivé à deux scrupules. Dès que la diarrhée s'est un peu modérée, et 24 ou 36 heures suffisent ordinairement pour amener ce résultat, je fais prendre au malade deux demi-tasses de lait pendant la journée, et je donne de jour en jour une plus grande quantité d'alimens à mesure que l'intestin se raffermit. La coïncidence de la fièvre et du délire avec la diarrhée n'est pas pour moi une contre-indication de l'administration du bismuth; on voit en effet le délire se dissiper promptement, et la fièvre elle-même céder, lorsque la diarrhée se modère.

Mais lorsque dans le cours du quatrième ou du cinquième septenaire de la dothinentérie il y a constipation, et que les accidens cérébraux et la fièvre ne diminuent pas, ce n'est pas au sous-nitrate de bismuth qu'il faut avoir recours, car il aggraverait probablement les accidens, mais bien aux purgatifs minoratifs et aux bains simples ou savonneux.

E. *Diarrhée chronique.* C'est surtout dans la diarrhée chronique que l'emploi du sous-nitrate de bismuth

st suivi d'avantages immenses. Une jeune dame de 3 ans, d'un tempérament nerveux, irascible, et habituellement bien réglée, éprouva en 1830 des revers qui la firent tomber d'une position brillante dans un état voisin de la misère. Cette catastrophe abattit son courage, et elle se livra au plus violent chagrin; bientôt l'appétit se perdit, la diarrhée survint, et la menstruation devint moins abondante. Quoique sa fortune se fût un peu réparée et que son moral se fût remonté, cependant les fonctions du canal alimentaire ne se rétablissaient pas, et la diarrhée persévérait avec une extrême opiniâtreté. Pendant deux ans et demi, la malade fut mise à une diète lactée et à un régime débilitant; les saignées générales et locales, les lavemens émolliens et anodins, les cataplasmes sur l'abdomen, le repos absolu pendant plusieurs mois, en un mot, tous les moyens antiphlogistiques employés avec persévérance échouèrent complètement. Au moment où je vis la malade, en janvier 1833, l'estomac faisait bien ses fonctions, mais il y avait encore de trois à dix garderobes par jour. Les selles étaient séreuses et glaireuses; il y avait des coliques avant chaque évacuation alvine, et ces coliques étaient quelquefois très-violentes; la menstruation était régulière, peu abondante, peu colorée; il y avait de la leucorrhée; la malade ne pouvait faire un pas sans qu'il survînt de l'essoufflement et des palpitations de cœur; les jambes étaient un peu infiltrées le soir, le teint était pâle, les paupières étaient livides et boursouflées.

L'oxide de bismuth fut commencé d'abord à la dose de 18 grains en 24 heures; le troisième jour, la dose fut portée à 24 grains; quelques jours après, à 36 grains. Pour régime, des soupes maigres; pour boisson, du lait et de l'orge. Le deuxième jour du traitement, il n'y eut plus que trois selles; du cinquième au septième jour, la malade n'alla point à la garderobe; à cette constipation succéda une évacuation abondante semi-diarrhéique; à partir de ce jour et pendant deux semaines, il n'y eut plus de diarrhée. Ce temps écoulé, il y eut un peu de diarrhée, que la malade attribua à un chagrin assez vif; depuis lors jusqu'à ce jour, les garderobes ont été parfaitement régulières. Les coliques n'ont pas diminué pendant la première semaine; elles étaient moins vives dans la seconde; elles disparurent complètement dans le cours de la troisième.

Cependant, trois jours après le commencement du traitement, je prescrivis des potages gras; au bout de huit jours, on mangeait du poisson et des viandes blanches; et avant le quinzième jour, les alimens les plus indigestes étaient facilement supportés, quoique la malade, tourmentée par une faim violente, ne s'observât pas toujours assez.

Il fallait songer à la chlorose qui avait été la conséquence de cette grave maladie des organes digestifs. Au bout de 15 jours, j'associai la limaille de fer au bismuth dans la proportion d'un dixième; la semaine suivante, je fis mettre dans les pilules un quart de fer; la semaine suivante, la moitié, puis les trois quarts, et enfin, après un mois et demi, la malade ne prenait plus que du sous-carbonate de fer à la dose d'un gros par jour. On continua ainsi pendant trois mois, bien que le teint, l'embonpoint et les règles fussent parfaitement revenus après six semaines, et que les palpitations de cœur eussent complètement cessé.

Une femme de 45 ans entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 40, dans des conditions pathologiques semblables à celles de la dame dont je viens de tracer l'histoire. Chez elle la diarrhée durait depuis trois ans; il y avait de trois à cinq garderobes bilieuses et glaireuses en 24 heures; l'appétit était assez bien conservé; pouls fréquent, palpitations de cœur durant la marche, essoufflement facile; langue naturelle, épigastre indolent; ventre assez souple, peu douloureux; face pâle, amaigrie, teinte jaune paille répandue sur toute l'habitude du corps. J'avoue que la couleur de la peau me fit craindre une tumeur cancéreuse; mais l'exploration la plus attentive ne me permit pas d'en constater l'existence, et je pensais que la coloration sub-ictérique de la peau était la conséquence de la cacochymie produite par l'inflammation chronique de l'intestin, cacochymie en tout semblable à celle des chlorotiques ou des malades qui ont été long-temps en proie aux fièvres intermittentes. Je prescrivis 18 grains de sous-nitrate de bismuth par jour, un pot de lait pour aliment, de la décoction de riz pour boisson. Après une semaine de traitement, la diarrhée avait totalement cessé, la malade mangeait plusieurs potages et buvait deux livres de lait. Bientôt on lui donna le quart d'alimens, et enfin elle avait les trois quarts un mois après son entrée à l'hôpital. Comme le teint ne s'était pas sensiblement amélioré, bien que la maladie du canal intestinal fût parfaitement guérie, j'eus recours au sous-carbonate de fer, que j'associai au bismuth, et qui d'abord provoqua de la diarrhée, bien que je ne l'administrasse qu'à la dose de trois grains matin et soir. Je tins bon, et bientôt la malade put cesser entièrement l'oxide de bismuth et prendre par jour deux scrupules de sous-carbonate de fer. Son teint se ranima, et elle sortit de l'Hôtel-Dieu dans l'état le plus satisfaisant.

J'ai voulu rapporter sommairement ces deux observations, qui offrent cela de remarquable qu'une maladie très-grave, traitée sans succès par d'autres moyens, a été guérie avec une rapidité vraiment extraordinaire. Un grand nombre d'autres malades, atteints de diarrhée depuis un, deux et trois mois, ont été guéris avec la même facilité. J'en excepte toutefois deux femmes, l'une convalescente du choléra, l'autre qui était profondément infiltrée à la suite d'une grossesse laborieuse; encore cette dernière ne fut-elle pas guérie de la diarrhée, parce que nous craignîmes d'augmenter l'anasarque en supprimant trop rapidement l'exhalation qui se faisait à la surface de l'intestin. Chez elle donc nous ne donnâmes que de très-faibles doses de bismuth, nous modérâmes la diarrhée sans l'arrêter tout-à-fait.

A ce sujet, je ferai une observation pratique sur laquelle je n'ai vu insister que bien peu de cliniciens. Lorsque la diarrhée a duré long-temps et qu'il en est résulté une altération profonde dans le teint du malade et dans la crâse du sang, on ne peut sans inconvénient arrêter subitement le flux intestinal; car si la peau ou les reins ne viennent, par une sécrétion nouvelle, suppléer à celle de la membrane muqueuse du canal digestif, on voit naître rapidement des épanchemens séreux dans le tissu cellulaire et dans les grandes cavités, épanchemens dont la gravité peut être telle que la mort

en soit la conséquence; de sorte qu'après avoir guéri une entérite qui allait devenir mortelle, on a souvent à combattre une hydropisie générale, quelquefois aussi dangereuse. C'est dans ce cas qu'il faut guérir lentement, et de faibles doses de sous-nitrate de bismuth tempéreront peu à peu la diarrhée, en même temps que par des bains tenant en dissolution d'une demi-once à une once de potasse ou de soude on rendra à la peau les fonctions qu'elle avait perdues. J'ai l'habitude dans ces cas-là de provoquer la diurèse; mais comme tous les diurétiques exercent sur le canal intestinal une stimulation peu équivoque, je fais couvrir le ventre de compresses imbibées de teinture de scille ou de teinture éthérée de digitale; la dose de teinture est de 4 à 8 gros dans l'espace de 24 heures. Cette médication est plus puissante qu'on ne l'imaginerait au premier abord, et j'ai vu des malades uriner avec une abondance extrême sous l'influence de ce moyen thérapeutique; de cette manière on ne craint pas d'offenser l'estomac et les intestins, ce qui est d'une haute importance dans le cas qui nous occupe.

J'ai bien souvent essayé le sous-nitrate de bismuth chez les tuberculeux dans le but de guérir la diarrhée, qui hâte toujours le terme de leur existence; je l'ai toujours trouvé insuffisant contre cette redoutable complication de la phthisie pulmonaire; mais en même temps je dois à la vérité de dire que je ne l'ai jamais vu produire d'accidens. Pour quiconque a étudié anatomiquement l'intestin des tuberculeux, et qui sait avec quelle effrayante rapidité s'accroissent les ulcérations qui s'y trouvent, il est facile de concevoir que l'oxide de bismuth échoue ainsi que tant d'autres médicamens.

Je n'ai pas été aussi malheureux dans le traitement de la diarrhée colliquative indépendante de la complication tuberculeuse. Le fait le plus remarquable de ma pratique est le suivant. Un jeune enfant de six ans fut atteint d'une scarlatine très-grave. Vers le huitième jour de la maladie, d'énormes phlegmons gangréneux se déclarèrent, l'un à la jambe droite, l'autre au col. Une partie de la peau se mortifia, et j'enlevai des bourbillons de tissu cellulaire qui, réunis, pouvaient avoir un volume que je puis, sans exagération, comparer à celui du poing. Les muscles, les tendons, les nerfs, se trouvèrent disséqués comme par l'anatomiste le plus habile, dans une étendue et à une profondeur extraordinaires. Cinq de mes confrères qui virent le malade ne crurent pas à la possibilité de la guérison, et tous pensèrent comme moi que la résorption du pus amènerait promptement la mort, dans le cas même où les forces ne seraient pas immédiatement consumées par l'extrême abondance de suppuration. En effet, la fièvre devint plus vive, l'appétit se perdit, et il survint bientôt une diarrhée continuelle et douloureuse. La maigreur était excessive, des abcès se formaient sous la peau du sacrum et sous celle des hanches. J'avais inutilement essayé les émolliens, les narcotiques, les astringens sous plusieurs formes; je conseillai l'oxide de bismuth à la dose de 12 grains par jour. On put continuer le lait qui, depuis quelques jours, était la nourriture et la boisson exclusives, et continuer à panser les plaies avec de l'eau chlorurée. Au bout de deux jours, la diarrhée était un peu moins fréquente. Le malade prit deux pintes de lait au lieu d'une. Au bout de huit jours, il restait seulement des coliques et du ténesme, la diarrhée avait cessé, l'enfant était un peu moins maigre, il mangeait plusieurs soupes, quelques pommes de terre, et continuait son lait. Pour abréger, les plaies se cicatrisèrent lentement; mais la fièvre céda en moins de 15 jours; la diarrhée ne se remontra plus, et l'enfant jouit aujourd'hui de la plus belle santé. Le bismuth avait été continué pendant trois semaines.

Quand la diarrhée colliquative reconnaît pour cause une résorption de pus à la surface d'une vaste plaie ou dans la profondeur d'un abcès, on peut l'arrêter aisément par l'emploi du bismuth, en même temps que l'on modifie la sécrétion purulente par un traitement local; mais quand la suppuration se fait à la surface d'une plaie cancéreuse, et qu'on ne peut enlever la base de l'ulcère, on peut, il est vrai, tempérer pendant quelque temps la diarrhée colliquative; mais bientôt le bismuth, devient impuissant comme tous les autres moyens.

Il me reste maintenant à traiter de l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans la gastrite aiguë et chronique et dans la gastralgie. Ce sera le sujet d'un second article.

A. Trousseau.

---

## NOTE

*Sur l'emploi des chlorures de chaux et de soude dans quelques affections de la bouche, très-communes chez les enfans.*

Lorsque M. Labarraque eut fait connaître ses recherches sur la préparation des chlorures et sur quelques-unes de leurs applications à l'hygiène, une foule de praticiens se livrèrent à des essais, dans le but de constater l'action thérapeutique de ces produits nouveaux. Les maladies les plus diverses furent combattues par les chlorures. Extérieurement ils furent employés avec succès dans la pourriture d'hôpital; déjà Percy et Cruikshank avaient mis en usage, l'un le chlorure de potasse (eau de javelle), l'autre le chlore, dans des circonstances analogues; on vanta l'efficacité de ce nouveau médicament contre les brûlures, les engelures, les dartres rongeantes, le prurigo, la teigne, certaines ulcérations réputées syphilitiques, la gangrène de la peau et de la bouche, et contre une foule d'autres affections. Intérieurement, les chlorures furent administrés dans la dyssenterie, la phthisie pulmonaire, et tout récemment M. le docteur Chomel les a essayés dans le traitement de la fièvre typhoïde. L'expérience n'a pas sanctionné quelques-uns des premiers essais; cependant, tout en faisant la part de l'enthousiasme et de l'amour des nouveautés, qui ont fait exagérer les propriétés des chlorures, il faut convenir que la matière médicale s'est enrichie d'un agent précieux. Les médecins qui s'occupent spécialement des maladies des enfans en retirent journellement de grands avantages dans le traitement des affections de la bouche, qu'on rencontre si fréquemment dans les hôpitaux, dans ces formes de stomatite, qui ont été désignées sous le nom d'aphtes, de gangrène de la bouche, d'état scorbutique des gencives, etc., etc. Voici le

résultat d'un grand nombre de faits que nous avons observés à l'hôpital des Enfans.

*Gangrène de la bouche.* Cette affection est propre à l'enfance ; on l'observe rarement au-delà de dix ans ; elle attaque principalement les enfans pâles, chétifs, d'une constitution débilitée par la misère, par une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, ou bien épuisés par des maladies antécédentes. C'est principalement à la suite de la variole, de la rougeole, de la scarlatine et des fièvres graves que nous l'avons observée. Quelquefois elle se manifeste pendant le cours de ces maladies, et c'est ce qui en rend le pronostic si fâcheux. Le cautère actuel a été considéré par tous les auteurs qui se sont occupés de cette affection comme le moyen le plus héroïque que l'on puisse employer contre elle ; les acides concentrés viennent en second lieu ; mais de combien de difficultés n'est pas entouré l'emploi du premier moyen ! La répugnance des parens, l'indocilité des jeunes malades, obligent souvent à y renoncer ; et d'ailleurs comment respecter les parties saines, lorsque la maladie occupe une partie très-circonscrite de la bouche, ou lorsqu'elle est située dans la profondeur de cette cavité ? Une substance qui jouit de la propriété d'arrêter la marche de la putréfaction sur les corps privés de vie, qui détruit la fétidité qu'exhalent ces mêmes corps, et qui agit en outre comme caustique, devait être employée dans ce cas : aussi, depuis quelques années, les chlorures ont-ils été mis en usage, et leur emploi compte-t-il quelques succès contre une maladie qui, le plus souvent, se montre rebelle à l'action de tous nos agens thérapeutiques. Le premier essai de ce genre a été fait en 1823 par M. Rey, sur un jeune enfant qui fut pris, à la suite de la rougeole, d'une affection gangréneuse de la joue gauche ; toute la muqueuse de cette joue devint noire et fut frappée de mort ; la bouche exhalait une odeur de gangrène extrêmement fétide. La maladie ayant fait de rapides progrès, la peau offrait au milieu de la joue une ouverture ovale de 18 lignes de haut et de huit lignes d'avant en arrière, à travers laquelle on apercevait deux molaires de la machoire supérieure ; au pourtour de cette ouverture la peau était noire et frappée de mort, et sur la tumeur elle avait une couleur d'un rouge violacé. Des boulettes de charpie imbibées de chlorure de soude furent placés sur les escarres, on les recouvrit avec des compresses trempées dans le même liquide. Quatre jours après, les escarres commencèrent à se détacher ; au bout de quelques jours, leur chute fut complète, et la peau qui recouvrait la tumeur cessa d'être violacée. La plaie fut alors pansée avec des plumasseaux enduits de digestif ; l'ouverture de la joue se rétrécit, et la guérison s'opéra complètement.

Dans le service de M. Bouneau, à l'hôpital des Enfans malades, où nous avons recueilli toutes les observations qui vont suivre, une jeune fille de 9 ans fut prise de gangrène de la bouche pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde ; la gangrène envahit rapidement l'intérieur de la joue, le tissu des gencives et la langue. Le chlorure de chaux sec a été porté devant nos yeux trois fois par jour sur les parties frappées de sphacèle ; on a employé concurremment les gargarismes avec le chlorure de soude : les escarres se sont détachées, et la malade a guéri, après avoir perdu toutefois deux dents et une portion de la langue. Cependant nous devons le dire, la gangrène de la bouche est le plus souvent mortelle. Nous avons pu en juger au petit nombre de guérisons que nous avons vues. A l'hôpital des Enfans cette terrible maladie est en quelque sorte endémique. Dans le trimestre de 1833, dix enfans du service des maladies aiguës y ont succombé ; trois seulement avaient apporté l'affection du dehors, les sept autres l'ont prise dans l'hôpital.

Dans la gangrène de la bouche, M. Guersent, médecin du même hôpital, n'emploie les chlorures qu'en gargarismes ; il fait tomber les escarres avec un acide concentré. C'est à l'acide hydrochlorique qu'il donne la préférence. Nous donnerons les formules.

*Stomatite couenneuse.* Cette forme de stomatite, que les anciens confondaient avec la précédente, n'est bien connue que depuis la publication des travaux de MM. Bretonneau, Guersent, Lelut, et de plusieurs autres modernes. Elle affecte principalement les enfans, est beaucoup plus commune que la précédente, et beaucoup moins grave. Elle ne compromet jamais la vie des malades, lorsqu'elle reste bornée à la cavité buccale. Mais les fausses membranes envahissent quelquefois le pharynx et la langue, et dès lors le pronostic est des plus graves. On doit donc diriger de bonne heure contre cette affection une médication active. Les antiphlogistiques sont ici, comme dans le cas précédent, tout-à-fait impuissans. Les gargarismes avec l'acide hydrochlorique étaient jadis fort employés ; plusieurs médecins y ont encore recours. M. Guersent fait usage depuis long-temps des chlorures ; M. Roche dit en avoir retiré de très-bons effets ; le docteur Kopp, de Hanau, a publié, en 1832, dans le journal de Hufeland, un travail spécial sur l'emploi du chlorure de chaux dans cette affection, qu'il désigne sous le nom de *stomacacée* ; M. Bouneau se borne exclusivement à l'emploi de ce moyen ; nous avons observé plusieurs cas de guérison dans son service, et ce médecin nous a affirmé en posséder environ 60, recueillis depuis deux ans.

Pour joindre l'exemple au précepte, nous allons rapporter deux de ces cas.

*Obs. I.* Louis Jamays, âgé de six ans, d'une constitution grêle, se livrant depuis long-temps à l'onanisme, était sorti depuis environ trois semaines du service des teigneux, lorsqu'il fut pris de douleur de gorge, de ptyalisme, d'engorgement des ganglions cervicaux. Le 9 février, jour de son entrée à l'hôpital, l'haleine était fétide, la joue gauche gonflée, les ganglions cervicaux du même côté tuméfiés ; l'examen de la cavité buccale fit reconnaître des fausses membranes d'un blanc grisâtre, occupant une partie de la voûte palatine, de la joue gauche et du bord de la langue ; l'amygdale gauche offrait également quelques points blanchâtres et était notablement tuméfiée. Les gencives présentaient un aspect fongueux, l'expuition était sanguinolente. Quelques sangsues furent appliquées à l'angle de la mâchoire ; on toucha trois fois par jour les fausses membranes avec le chlorure de chaux, on prescrivit en même temps des gargarismes chlorurés. On accorda au malade quelques alimens. Au bout de trois jours, les fausses membranes de la voûte palatine avaient disparu ; les autres avaient notablement diminué d'é-

tendue. On continua la même médication les jours suivans, et la guérison fut complète le 25 février.

*Obs. II.* Un enfant de chœur de l'hôpital Necker, âgé de onze ans, éprouvait depuis quatre jours une grande gêne de la déglutition avec douleur de gorge, lorsqu'il entra à l'hôpital des Enfans malades, le 1er janvier. L'exploration de la bouche fit reconnaître un gonflement des tonsilles, plus marqué à gauche qu'à droite; l'amygdale gauche et le pilier antérieur du voile du palais étaient recouverts par une fausse membrane grisâtre; la gêne de la déglutition persistait et n'était pas en rapport avec la douleur, qui était peu vive; la voix était nasillarde, l'haleine fétide, la langue recouverte d'un enduit pultacé; le pharynx et les autres parties de la cavité buccale étaient sains. Des bains de pieds, des applications de sangsues répétées, n'amenèrent qu'un faible soulagement. Le chlorure de chaux pulvérulent fut porté sur la fausse membrane, d'abord deux fois, puis trois fois par jour; des gargarismes chlorurés furent mis en usage. Six jours après, la plaque de l'amygdale avait disparu; la partie qu'elle occupait parut alors le siége d'une ulcération, qui céda également à l'emploi des préparations chlorurées. Le 10 janvier, le malade était guéri et quitta l'hôpital.

*Stomatite ulcéreuse.* Cette affection, dont la maladie aphteuse est une des principales formes, est endémique à l'hôpital des enfans, surtout dans les salles des teigneux et des scrofuleux; elle est tantôt primitive, tantôt symptomatique d'une affection beaucoup plus grave. Quelle qu'en soit la cause, les préparations chlorurées sont employées contre elle avec beaucoup d'avantage. Tous les médecins de l'hôpital des Enfans y ont recours aujourd'hui. M. Angelot, médecin de l'hôpital de Briançon, publia, en 1826, une série d'observations propres à montrer l'efficacité du chlorure de chaux contre une maladie qu'il désigna par le nom de *gengivite ulcéreuse.* A la même époque, M. Darling, en Angleterre, vantait l'emploi des mêmes préparations dans le traitement de la stomatite mercurielle. « Le chlorure de soude, dit-il, arrête constamment les progrès de cette affection, lors même qu'il y a ptyalisme, ulcération et douleur vive. » Depuis que M. Darling fait usage de cette substance médicamenteuse, il emploie les préparations mercurielles avec beaucoup moins de timidité. Parmi les faits nombreux que nous avons observés à l'hôpital des Enfans, nous choisirons un cas d'aphtes ulcéreux et un cas d'ulcération des amygdales, survenue à la suite d'une suppuration de ces organes.

*Obs. I.* Couainon, âgé de cinq ans, d'une constitution scrofuleuse, passe, le 10 février, des salles des teigneux dans la division des maladies aiguës. La face est bouffie, les ganglions du cou sont engorgés, la déglutition est gênée, les gencives offrent un aspect fongueux, elles sont saignantes, à leur surface existent plusieurs ulcérations arrondies à fond grisâtre, à bords livides; la langue présente également à sa face supérieure cinq ulcérations de même nature; l'haleine est fétide, l'expuition sanguinolente, la peau chaude, le pouls fréquent, il y a de la diarrhée. Quatre sangsues sont appliquées le premier jour sur l'os maxillaire inférieur; on prescrit en même temps un gargarisme avec la décoction d'orge, le miel rosat et le chlorure de soude. Dès le lendemain on porte le chlorure de chaux sec sur les parties affectées. Au bout de neuf jours, un changement notable a déjà lieu; les ulcérations de la langue ont disparu; il n'existe plus qu'une ulcération assez profonde au niveau de la première grosse molaire, à gauche inférieurement. La diarrhée a cessé. On prescrit des boissons légèrement excitantes; on accorde des alimens substantiels en petite quantité. On touche avec le chlorure l'ulcération qui reste, et le 27 du même mois la guérison est complète.

*Obs. II.* Un garçon âgé de treize ans, à chairs flasques, bouffies, arrive également du service des teigneux atteint d'une double amygdalite, qui se termine très-promptement par suppuration. L'expuition est à la fois purulente et sanguinolente, et conserve ces caractères pendant plusieurs jours. En examinant l'arrière-bouche, on vit sur chaque amygdale une ouverture transversale, béante, dont les bords sont boursouflés. Le chlorure de chaux pulvérulent fut porté sur les ulcérations; les gargarismes avec le chlorure de soude furent également employés. Au bout de dix jours les ulcérations étaient complètement cicatrisées.

*Doses et mode d'administration.* M. le docteur Bouneau, médecin de l'hôpital des Enfans, qui, dans les trois formes de stomatite que nous venons de décrire, emploie exclusivement les préparations chlorurées, se sert d'un morceau de papier roulé, qu'il plonge dans la tisane du malade pour en humecter la surface; il l'introduit ensuite dans un flacon rempli de chlorure de chaux pulvérulent, et le promène ainsi chargé de chlorure sur les parties affectées. Une ou deux minutes après, il fait gargariser le malade pour le débarrasser du chlorure, dont le séjour pourrait irriter les tissus voisins des parties affectées. Chez les très-jeunes enfans qui ne peuvent se gargariser, il fait faire des injections dans la bouche qui entraînent tout le superflu. Il emploie concurremment un gargarisme composé de: décoction d'orge, 3 onces; miel rosat, une once; chlorure de soude, d'un scrupule à un gros.

M. Guersent, dans la gangrène de la bouche, prescrit un gargarisme composé de:

| | |
|---|---|
| Décoction de quinquina, | trois onces. |
| Sirop d'écorce d'orange, | une once. |
| Chlorure de soude, | une once. |

M. Angelot, dans la *gengivite ulcéreuse*, mettait en usage le collutoire suivant:

| | |
|---|---|
| Chlorure de chaux, | de 15 à 30 grains. |
| Solution de gomme, | une once. |
| Sirop d'écorce d'orange, | demi-once. |

à employer en lotion sur les ulcères, au moyen d'un pinceau de charpie.

Dans la stomatite mercurielle, M. Darling fait gargariser le malade avec une solution de chlorure de soude, contenant parties égales d'eau et de chlorure.

T. Constant.

——

## VACCINE.

—

*Des moyens de recueillir et de conserver le fluide vaccin.*

Avant de nous occuper des moyens de conserver le fluide vaccin, fixons bien le moment où il convient de le recueillir, puisqu'il n'est pas toujours également actif. Ce moment est sans doute celui où il jouit de son plus haut degré d'énergie. Je crois que le vaccin est aussi actif qu'il puisse l'être dès qu'il existe. Cette activité se soutient à peu près égale jusqu'au 8e ou 9e jour, après quoi il décroît rapidement et s'éteint long-temps avant la chute des croûtes.

Il est heureux pour la vaccine d'avoir été précédée par l'inoculation ; elle a hérité de ses méthodes et de ses procédés, et s'est épargné par là une foule d'essais dont ne sont pas exemptes les pratiques les plus simples.

Il paraît que du temps de Jenner on recueillait ordinairement le vaccin sur des *fils*, comme on peut voir par sa correspondance. Ce procédé est en effet fort simple : on couvre largement un bouton en temps opportun, on y trempe quelques brins de fil, et lorsque l'on pense qu'ils sont suffisamment imprégnés, on les retire, on les laisse sécher à l'air, ce qui est l'affaire d'un instant ; ensuite on les renferme soigneusement dans un petit flacon de cristal bien bouché, qu'on place dans un endroit sec et frais.

Au moment d'en faire usage, on les coupe par fragmens de deux ou trois lignes ; mais il est bon d'avertir que, si l'on y va sans précaution, le vaccin desséché se détache et tombe en écailles. On introduit ces fragmens de fil dans des incisions superficielles de la même étendue, on les maintient en place assez long-temps pour donner au vaccin le temps de se dissoudre et de se mêler au sang, ou, pour plus de sûreté, on les recouvre d'une petite languette de taffetas d'Angleterre, comme s'il s'agissait de rapprocher les bords saignans d'une petite coupure.

On ne peut refuser à ce procédé d'être fort simple et très-commode. Son plus grand avantage est de faciliter le transport du vaccin à de grandes distances avec la même facilité qu'une lettre dans laquelle on renferme les fils chargés. Son plus grand inconvénient est d'obliger à vacciner par incision, méthode presque entièrement imsitée.

Mais à quoi bon rappeler ce que le temps a condamné? Ne sortons pas de notre époque. Quand on recueille du vaccin, c'est pour l'employer peu de temps ou long-temps après. Dans le premier cas, c'est-à-dire quand l'usage s'en fait dans les 24 heures, on peut le prendre sur une lancette. Il suffit pour cela de la plonger dans un bouton ; le vaccin s'y attache, elle est chargée. Il y a quelques précautions à prendre pour la fermer sans enlever le fluide : on roule une petite bandelette de papier autour de la base de la lame, de manière à faire bâiller les extrémités des chasses en les rapprochant.

On serre ensuite la lancette, et quand le moment de s'en servir est venu, on écarte les chasses qu'on met en ligne avec la lame, et l'on pique comme si l'on vaccinait de bras à bras ; seulement au lieu de retirer l'instrument sur-le-champ, on a l'attention de le laisser dans la plaie une ou deux minutes, afin de ramollir, de délayer le vaccin et de le mettre en état d'être absorbé.

Il est rare que l'opération échoue, à moins qu'on ne la remette trop tard ; alors la lancette s'oxide, et vous avez la fausse vaccine, ou vous n'avez rien du tout. Pour écarter cet inconvénient, on a proposé de faire dorer la pointe de la lancette, mais il serait bien plus simple de substituer à la lancette d'acier une aiguille de bois, d'ivoire, de nacre, d'écaille, ou même une plume à écrire taillée en forme de cure-dent.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ces petits instrumens, c'est de lacérer un peu les chairs au lieu de les diviser nettement ; mais pourquoi ne pas leur frayer la voie avec la lancette d'acier, soit qu'on vaccine par piqûre, soit qu'on vaccine par incision? Dans ce dernier cas, on passe et l'on repasse l'instrument de bois chargé de vaccin sur la petite plaie ; le sang qui s'écoule se mêle au virus, le ramollit, le délaie et en facilite l'absorption.

Ce procédé est fort usité en Angleterre et mérite de l'être. C'est un de ceux auxquels j'ai le plus de confiance, avec les plaques de verre.

Ces plaques sont carrées, elles ont six ou huit lignes en tout sens. On les pose alternativement sur un bouton largement ouvert, de manière que les points humectés se répondent exactement. On répète cette petite manœuvre deux ou trois fois, et plus ; et lorsqu'on pense que la quantité de vaccin qu'elles emportent est suffisante, on les applique l'une contre l'autre, après avoir donné cependant au vaccin le temps de prendre un peu de consistance, afin qu'il ne s'étale pas trop ; c'est l'affaire de deux ou trois minutes. Il est d'usage de les luter, soit avec de la cire blanche, soit avec de la cire à cacheter.

De ces deux moyens, le dernier a l'inconvénient d'échauffer les verres, et l'on sait que la chaleur est le plus mortel ennemi du vaccin. Le premier est donc préférable à tous égards ; mais je crois la précaution inutile. Il est certain au moins que les Anglais se contentent de rapprocher exactement les plaques et de les envelopper dans des feuilles d'étain. J'adopte volontiers ce procédé ; il est plus simple et aussi sûr que beaucoup d'autres plus compliqués.

Quand les plaques sont destinées à un long voyage, à passer les mers, par exemple, l'usage en Angleterre est de les mettre dans une petite bouteille ; cette bouteille est renfermée dans une plus grande, et on interpose entre les deux bouteilles un mélange frigorifique, tel que du nitre, du muriate de soude ou sel de cuisine, etc. On bouche les bouteilles et on les emballe.

Lorsqu'on veut reprendre le vaccin étalé et desséché sur les plaques, il faut commencer par le ramener à l'état liquide en y ajoutant une goutte d'eau. Les uns conseillent de l'exposer à la vapeur de l'eau chaude ; les autres, et de ce nombre est Jenner, préfèrent l'eau froide ; nous pensons comme Jenner. Qu'on n'aille pas cependant prendre de l'eau à la glace ; point d'excès ; la température la plus convenable en tout temps est celle d'une chambre habitée.

Quoique l'eau n'altère pas sensiblement les propriétés du vaccin, il est bon néanmoins d'en user avec discrétion. Pour moi, je me contente de plonger la pointe de la lancette dans un verre d'eau ; il n'en faut pas davantage pour humecter, ramollir le vaccin épaissi, et le remettre en état d'être inoculé. Le reste de l'opération comme si l'on vaccinait de bras à bras.

Les plaques de verre ont passé pour le meilleur moyen de conserver le vaccin, tant qu'il n'a pas été question de tubes capillaires ; mais depuis lors elles n'ont que le second rang dans l'esprit de beaucoup de vaccinateurs.

Les tubes capillaires, ainsi nommés à cause de leur finesse, ont de huit à dix lignes de long ; ils sont légèrement renflés dans le milieu et terminés par des extrémités infiniment déliées.

Les tubes les plus fins sont les plus estimés.

Pour remplir un tube capillaire, on le prend par le milieu avec le pouce et l'indicateur, on l'approche du bouton largement ouvert par son extrémité la plus fine, et le vaccin est aspiré en vertu de cette loi d'hydraulique qui fait monter les liquides dans les conduits capillaires.

S'il arrive que l'ascension du virus s'arrête tout-à-coup, ce qui n'est pas rare, on casse la pointe du tube, une demi-ligne environ, on extrait avec les doigts la matière épaissie, et on continue l'opération.

Le tube plein ou presque plein, il faut le fermer. Pour cela, on approche alternativement les deux extrémités de ce tube de la base de la flamme d'une bougie, en commençant par celle où il reste du vide ; de la base, disons-nous, afin de ménager l'influence de la chaleur sur le vaccin. La chaleur de la bougie fait fondre le verre, et la fusion le fait souder.

A l'instant de vacciner, on casse les deux extrémités du tube, on adapte à l'une d'elles un chalumeau de verre ou un tuyau de paille, et on souffle doucement sur une plaque de verre, sur une soucoupe, sur le revers d'une assiette, ou on le reprend avec la lancette pour l'inoculer.

On recommande de ménager le souffle de manière à ne pas vider complètement le tube, et cela parce qu'on s'est imaginé qu'il y a de certaines haleines qui sont mortelles pour le vaccin. C'est ce qu'on a dit des ivrognes, mais je crois que c'est pure théorie.

Avant d'aller plus loin, on demande quel est le meilleur procédé des plaques ou des tubes. Le comité central s'est prononcé pour les tubes ; je penche pour les plaques. Je sais que le vaccin peut se conserver un an et plus dans un tube, mais ces cas sont les plus rares.

Lorsque l'Académie joignit à ses attributions celles du comité central, la commission de vaccine fut frappée du peu de succès de ses envois de vaccin en province. Cependant on ne pouvait en accuser la maladresse du commis chargé de ces envois, car l'Académie avait eu l'attention de s'attacher celui dont se servait le comité ; il n'y avait donc rien de changé à cet égard.

Cependant la commission prescrivit une enquête ; elle désigna à cet effet un de ses membres ; le choix tomba sur M. Burdin. Nous vaccinâmes ensemble, et comparativement, un égal nombre d'enfans de bras à bras, avec du vaccin conservé sur des plaques et avec du vaccin conservé dans des tubes. Or, il arriva que de ces deux modes le premier donna, à très-peu de choses près, le double de succès que le second, et cependant le vaccin des tubes n'avait pas au-delà d'un mois.

En suivant cette échelle de dégradation, on voit que le vaccin se détériore assez promptement dans les tubes, et il serait facile d'indiquer le terme où il périt, s'il n'y avait des exceptions en toutes choses. Je n'ai pas fait la même expérience avec les plaques, parce qu'elles n'étaient plus en usage à l'ancien comité, et qu'en entrant dans une carrière nouvelle pour moi j'ai dû recueillir soigneusement les traditions. Mais la réflexion me fait entrevoir plusieurs causes de détérioration qui doivent agir bien plus efficacement sur les tubes que sur les plaques.

Les tubes ont, il est vrai, la faculté de conserver au vaccin sa fluidité ; mais est-ce là un avantage ? Qui ne sait que, toutes choses égales, la fermentation est bien plus facile dans un liquide que dans un solide ? L'économie domestique, la pharmacie, me fourniraient au besoin cent exemples de substances qu'elles font passer à l'état mou ou solide uniquement dans des vues de conservation.

Parmi les avantages qu'on accorde si généralement aux tubes capillaires, le seul important, s'il était réel, serait de soustraire mieux qu'aucun autre procédé le vaccin aux influences extérieures. Mais il reste toujours ou presque toujours un peu d'air dans l'intérieur, et, pour peu qu'il y en ait, c'en est assez pour la fermentation. C'est précisément la difficulté de les emplir entièrement et d'en chasser l'air qui les rend si infidèles.

Les plaques, sans être lutées avec la cire à cacheter, et simplement enveloppées d'une feuille d'étain, selon la méthode des Anglais, conservent le vaccin à l'état sec ; et c'est pour cela qu'elles sont préférables. A la vérité il faut ensuite le ramener à l'état fluide, mais qu'importe cette petite préparation, puisque l'eau ne change rien à ses qualités ?

BOUSQUET.

---

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### NOTE SUR L'ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE A HAUTES DOSES DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Les années 1827 et 1828 furent signalées à Paris, comme constitution médicale, par la grande quantité de fièvres intermittentes qu'on observa dans cette ville, et qui durent paraître d'autant plus remarquables qu'avant cette époque on en trouvait à peine çà et là quelques exemples clairsemés. J'eus alors la possibilité de faire des recherches très-nombreuses sur les propriétés du sulfate de quinine dans les hôpitaux de Cochin et de la Pitié, où quatre cents malades au moins furent traités de cette affection sous mes yeux par M. Bailly.

Certes il serait facile, avec un si grand nombre d'histoires de malades, de faire un gros volume ; mais, s'il

est utile de recueillir soi-même un très-grand nombre d'observations pour se bien fixer sur la valeur d'un médicament, il est fort peu utile au lecteur qu'on l'initie dans le détail de tous les faits. A l'opposé d'un assez grand nombre d'écrivains de nos jours, qui nous donnent des histoires de malades sans presque oser y ajouter un mot, une réflexion, une conséquence de leur crû, je n'estime les observations que pour les résultats dont elles sont les élémens. Je me contenterai donc de citer ici des résultats.

D'abord je dois dire que, sur ce grand nombre de fièvres intermittentes, j'ai vu à peine sept ou huit fièvres quartes; toutes les autres étaient des intermittentes tierces, et surtout quotidiennes. Quelques-unes, mais en petit nombre, étaient subintrantes. Presque toutes ont été traitées par le sulfate de quinine. Je n'ai pas eu occasion de remarquer que ce médicament ait jamais été nuisible, et je n'ai pas vu d'exemple que la maladie ait résisté à sa puissance.

Voici, en peu de mots, ce que des expériences si nombreuses m'ont appris : 1° sur le temps de la maladie où on peut administrer le sulfate de quinine; 2° sur les complications qui doivent, selon quelques auteurs, en empêcher l'usage; 3° sur la dose qu'il convient d'en prescrire.

Relativement au premier point, plusieurs médecins modernes pensent encore, d'après l'opinion des anciens, qu'il faut attendre, avant d'administrer le sulfate de quinine, le développement d'un certain nombre d'accès. Leur croyance, à cet égard, est basée sur l'hypothèse d'un principe morbifique introduit dans l'économie, que la fièvre élabore pour l'expulser, ou bien elle résulte de quelques observations dans lesquelles la fièvre intermittente a montré un caractère salutaire.

La première hypothèse, favorisée par la guérison de quelques-unes de ces fièvres qui s'usent, pour ainsi dire, d'elles-mêmes, est d'ailleurs tant de fois démentie par la marche de la maladie et par les graves désordres qu'elle amène dans ses progrès, qu'il n'y a point d'autre réfutation à en faire que de renvoyer au lit des malades.

Quant à la seconde hypothèse, celle qui regarde cette affection comme salutaire, elle compte à la vérité pour elle quelques cas de maladies chroniques guéries par une fièvre intermittente; mais, pour peu qu'on réfléchisse au petit nombre de guérisons rapportées par les auteurs, pour peu qu'on fasse attention à ceci, que l'immense majorité de ceux qui sont pris de fièvres intermittentes n'ont aucun besoin d'être guéris d'une autre maladie, on est amené naturellement à se dire que, si une fièvre intermittente a été quelquefois un moyen de guérison, le fait est si peu commun, qu'il est tout-à-fait exceptionnel. Pour moi, je n'ai jamais rien vu de pareil dans le grand nombre de cas que j'ai eus sous les yeux; et, comme ces guérisons doivent être fort rares d'après le petit nombre de celles bien avérées qu'on rencontre dans les auteurs originaux, je crois qu'il est en général bien peu avantageux d'attendre et de laisser les malades en proie au malaise de la fièvre. Au lieu d'établir en règle : qu'il faut laisser user par la fièvre quelque principe morbifique antécédent, on ne peut, à la rigueur, faire une loi de l'expectation, et encore une loi très-particulière, que pour les cas où quelque maladie dès long-temps existante n'aurait pu guérir autrement, et trouverait dans les changemens occasionés par des accès de fièvre répétés quelques chances probables d'amélioration.

Si je n'avais, pour insister sur ce point, d'autre raison que l'inutilité du mal qu'on tolère, je tiendrais moins à combattre cette pratique; mais il est malheureusement trop facile d'en démontrer le danger. Nous en avons vu les preuves les plus nombreuses dans les maladies dont je parle ici; chacun des sujets chez qui une fièvre intermittente abandonnée à elle-même a fait de fâcheux progrès, devient une preuve contre le système que je cherche à renverser. En effet, que résulte-t-il le plus souvent de la répétition du mouvement fébrile? En quel état se trouvent les malades qu'on y laisse long-temps exposés? La digestion est arrêtée; la langue rouge et sale; la rate, et quelquefois même le foie, gonflés, durs et endoloris; les bronches enflammées; la tête lourde et souffrante; les forces abattues; le tissu cellulaire gorgé de sérosité, et souvent les séreuses remplies de liquide; la coloration et les fonctions de la peau détériorées; tout l'individu présente les signes les plus évidens du dépérissement et de la souffrance. Les accès deviennent plus longs; ils sont moins aigus, si je peux m'exprimer ainsi; mais les intermittences sont moins franches, et même pendant leur durée les fonctions demeurent toujours embarrassées.

Tels sont les *bons* effets de cette fièvre *salutaire;* tels sont du moins ceux que j'ai vus sur les malades entrés à l'hôpital avec une fièvre intermittente plus ou moins ancienne. Ils sont si constans et en si grand nombre dans mes observations, que je ne laisserais jamais marcher la fièvre sans une extrême appréhension, quand même quelque maladie chronique non guérie m'engagerait à observer quelques accès pour juger de leur effet sur la maladie ancienne. Je tâcherais donc, en thèse générale, d'arrêter une fièvre intermittente, c'est-à-dire, je donnerais le sulfate de quinine le plus tôt possible. Mais ce plus tôt possible dépend peut-être des complications; c'est ce que nous allons examiner.

On avait accusé autrefois le quinquina de produire l'engorgement de la rate et d'exciter des céphalalgies; plus récemment le sulfate de quinine a été soupçonné de causer des gastrites. S'il peut être coupable de ces maux divers, à plus forte raison doit-il les augmenter quand ils existent; de là trois sources de contre-indications pour qui jure *in verba magistri.* Pour moi qui ai suivi attentivement au lit des malades et jugé avec indépendance l'action de ce médicament, voici ce que j'ai vu :

1° La rate se gonfle, durcit, et devient douloureuse uniquement par la répétition de l'acte fébrile; ce n'est donc pas le quinquina qui produit ce gonflement qui se remarque d'autant plus que le malade a gardé plus long temps sa fièvre sans recourir à ce médicament. Il y a mieux; le sulfate de quinine, à la dose de 35 grains et même plus, pendant quelques jours de suite, dissipe les douleurs et l'engorgement splénique avec une promptitude merveilleuse. Je pourrais citer plus de vingt observations de rates énormes fondues ainsi en trois ou quatre jours.

2° La céphalalgie, persistant même dans l'intervalle

des accès, est un des symptômes les plus communs des fièvres intermittentes; je peux affirmer que je n'ai jamais vu le sulfate de quinine augmenter cette céphalalgie quand elle existait avant son administration, ou la produire quand elle n'existait pas; il la guérit, au contraire, toujours, en enlevant la fièvre qui la causait.

3° Certes, si l'on s'en rapportait uniquement aux préceptes de l'école de l'irritation, ce ne serait que dans des cas fort rares que l'on pourrait employer ce médicament. Les partisans exclusifs de cette doctrine, qui ne reconnaissent au sulfate de quinine qu'une vertu antipériodique avec des propriétés excitantes, se garderaient bien de l'administrer quand il y a des signes d'irritation, et ne recourraient à lui qu'en désespoir de cause et après avoir combattu par des émission sanguines les phénomènes d'une irritation, qu'on rapporterait faussement à toute autre cause que la fièvre intermittente. Il s'en faut de beaucoup cependant que les craintes exagérées de cette école soient justifiées par ce qui se passe, quand on donne le sulfate de quinine pour guérir une fièvre intermittente, avec la complication même la plus favorable à leur système: je veux dire avec une gastrite. Nombre de fois j'ai étudié son action dans ces circonstances, et au lieu de voir, comme on le dit, le pouls devenir plus fréquent, la peau plus chaude, la langue plus rouge et plus sèche, l'épigastre plus douloureux, *constamment* j'ai vu la langue se nettoyer quand elle était sale, se décolorer quand elle était rouge, s'humecter du jour au lendemain quand elle était sèche; *constamment* la peau perdait de son aridité, l'épigastre de sa sensibilité, l'appétit revenait, le pouls offrait des battemens beaucoup moins fréquens, la soif se calmait; enfin, et ce n'est pas un des effets les moins admirables de cette substance, la gastrite qui existe en même temps qu'une fièvre intermittente bien positive et qui en dépend, guérit avec une rapidité prodigieuse sous l'influence des doses de sel les plus élevées. Les notes nombreuses que je possède à ce sujet ne *me laissent voir aucun cas d'accident* après trente-six ou quarante-huit grains de sulfate de quinine pris en un jour par des malades que l'école de l'irritation aurait soumis, en raison des symptômes, à d'abondantes évacuations sanguines. La guérison a été le résultat constant de ce traitement prescrit sans aucune espèce de préparation.

Enfin, la troisième question que je me proposais d'examiner ici est celle de la dose à laquelle il convient d'administrer ce médicament. Ici encore les opinions sont partagées; les uns croient plus utile de faire prendre d'abord une quantité de ce sel assez grande pour couper, comme on le dit, brusquement la fièvre; les autres veulent, au contraire, que l'on en donne peu, de manière à diminuer graduellement la durée et l'intensité des accès, en imitant ainsi le procédé le plus ordinaire de la nature. On serait heureux en médecine si l'on pouvait, pour toutes les maladies, avoir ainsi le choix entre deux bonnes méthodes; car l'une et l'autre de celles que j'examine ici comptent des succès nombreux. Ceux qui prescrivent le sulfate de quinine à haute dose, 12, 18 grains et plus, citent contre la méthode de leurs adversaires plusieurs cas où des quantités de sulfate de quinine trop faibles ont compromis l'art et le malade en laissant marcher la fièvre. Ils triomphent sur les fièvres intermittentes pernicieuses qui ne cèdent quelquefois qu'à des doses de sulfate de quinine beaucoup plus considérables. J'ai moi-même, dans des cas de ce genre, porté, avec le plus brillant succès, la dose de sulfate de quinine jusqu'à un gros et demi, notamment chez une femme à estomac très-irritable. Je crois qu'il n'y a pas à hésiter dans ces cas où une récidive pourrait être mortelle, et l'expérience m'a appris à ne pas craindre de dépasser alors la quantité du médicament qui suffirait peut être: on n'en garantit que plus sûrement son malade des dangers d'un nouvel accès. Je me suis plus haut assez fortement prononcé sur les prétendues propriétés irritantes du sulfate de quinine pour n'avoir pas besoin de répéter ici que je ne les crains pas. Je me déclare donc hautement partisan du sulfate de quinine à très-haute dose dans les fièvres intermittentes pernicieuses.

Mais toutes ces maladies n'ont pas la même gravité, et, quand rien ne presse, certains médecins se contentent de prescrire par jour 2, 3 et 4 grains de sulfate de quinine, pour ramener par degrés à leur rhythme normal les fonctions qui s'en sont lentement écartées. J'ai vu beaucoup de malades traités expérimentalement de cette manière; la guérison est beaucoup plus lente, et même n'est pas toujours sûre. L'expérience pouvant seule prononcer d'une manière absolue entre ces deux méthodes, il faudrait qu'un nombre égal de malades, dont les conditions seraient, autant que possible, pareilles, fussent traités comparativement d'après ces principes opposés: je suis sûr, par expérience, que les premiers seraient beaucoup plus tôt guéris. Les derniers seraient-ils, comme le prétendent les partisans du sulfate de quinine à petites doses, plus sûrement à l'abri d'une récidive? Je ne peux pas répondre d'une manière positive à cette question. Il faudrait pour cela avoir suivi long-temps beaucoup de malades après leur guérison; ce qui m'a été impossible. Voici seulement ce que j'ai vu chez quelques malades restés un certain temps à l'hôpital après la guérison d'une fièvre intermittente. La guérison était incomplète et des récidives avaient lieu, surtout chez ceux qui avaient long-temps gardé la maladie, et qui conservaient après le traitement cette teinte jaunâtre de la peau, cette expression des yeux et de toute la figure propres aux fièvres intermittentes, et particulièrement un engorgement de la rate. Je ne sais pas s'il arrive souvent que ces signes extérieurs d'une prédisposition certaine, persistent quand on donne pendant plusieurs jours de faibles doses de sulfate de quinine; mais ce que je sais, et ce que j'affirme d'après les nombreuses expériences sur lesquelles cette note est basée, c'est que cette prédisposition disparaît *constamment* quand ayant commencé par des doses assez considérables (de 24 à 36 grains), on a, pendant quelques jours continué l'administration du même médicament à doses décroissantes; c'est qu'il n'y a point d'inconvénient à forcer un peu les doses d'un médicament tellement innocent que, sur plus de quatre cents malades que j'ai vus, aucun n'a éprouvé d'accident, quoique quelques-uns en aient pris des quantités fort considérables; c'est qu'enfin, en délivrant par ce procédé le sujet d'un mal, sinon fort douloureux, du moins plein de malaise et d'ennui, on le

garantit de tous les accidens que le mal, s'il est récent, pourrait amener, et on le guérit de ceux qu'il a déjà produits, s'il est ancien.

Je n'hésite donc pas, pour mon compte, entre les deux méthodes; je ne crains qu'une chose en prescrivant le sulfate de quiquine, c'est de n'en pas donner assez, et j'attribue à la timidité des expérimentateurs des insuccès que trop souvent ils ont attribués à l'impuissance du médicament. D. S. SANDRAS.

## NOTE

### SUR L'EMPLOI DES ONCTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DU PANARIS.

La thérapeutique est entrée dans une voie plus large. Grâce aux utiles travaux des médecins des hôpitaux de Paris et au zèle éclairé des praticiens de province, l'art s'enrichit chaque jour de nouveaux moyens de guérison. L'on s'applique surtout à multiplier ces médications spécifiques, triomphe de la médecine, et qui n'en sont pas moins précieuses, quoique notre faible raison ne puisse comprendre leur manière d'agir. L'on peut le dire, le rationalisme absolu ne tend à rien moins qu'au septicisme en thérapeutique, et celui-ci à déconsidérer la médecine et ceux qui la professent.

Un médecin instruit et consciencieux, M. le docteur Serre, d'Alais, nous transmit, il y a quelques mois, un mémoire important sur l'emploi des frictions mercurielles comme traitement abortif de l'inflammation aiguë de la peau et du tissu cellulaire qu'elle recouvre. Ce mémoire, dans lequel respire la plus grande bonne foi et la conviction la plus profonde, mérite d'être selu.

Les résultats qu'il nous signalait était trop importans pour que nous n'ayons pas saisi la première occasion de répéter ses expériences.

Ce n'est encore que dans les panaris que nous avons eu recours aux frictions mercurielles; mais, nous devons le proclamer, nous n'avons jamais vu de guérisons plus merveilleuses que celles que nous avons obtenues. Quelques heures ont suffi pour calmer toute douleur et arrêter la marche de panaris qui paraissaient devoir être graves.

Cette efficacité a été constante chez tous les malades que nous avons eu à traiter. Ils sont jusqu'ici au nombre de cinq; et, nous le répétons, l'avortement presque immédiat de l'inflammation chez tous, après les frictions mercurielles, ne nous permet point de douter que ce ne soit le traitement le plus prompt, le plus sûr et le plus efficace que l'on possède contre cette douloureuse et quelquefois si grave affection.

Une jeune dame souffrait horriblement du pouce de sa main droite depuis quarante-huit heures. Ce doigt était tendu, rouge, extrêmement douloureux; elle y éprouvait des élancemens qui lui faisaient pousser des cris. Les cataplasmes, les bains locaux émolliens n'avaient produit aucun bien. Les nuits étaient sans sommeil. Elle était déterminée à se faire pratiquer une incision, lorsque je lui conseillai d'employer les frictions mercurielles: c'était la première fois que j'y avais recours; je les recommandai uniquement pour expérience et ne promettant nullement ni guérison ni même soulagement. Il était deux heures de l'après-midi lorsque la malade commença à pratiquer légèrement, *tous les quarts d'heure,* avec l'indicateur de la main gauche, des onctions avec une petite quantité d'onguent mercuriel sur toute l'étendue du mal. Au bout de deux heures, elle éprouvait déjà une amélioration sensible: la chaleur locale avait diminué, les élancemens étaient moins continus. Le soir, la douleur au bout du doigt était moins exquise; la nuit, il y eut du sommeil. Le lendemain, la rougeur et la tension étaient beaucoup moindres; il n'y avait plus que quelques élancemens de loin en loin. Les frictions furent continuées comme la veille. Le soir de ce jour, c'est-à-dire trente heures après l'emploi de l'onguent mercuriel, le panaris était arrêté. Il n'y avait plus d'élancement, et l'on pouvait presser le bout du doigt sans déterminer de douleur: deux gros d'onguent mercuriel avaient amené la guérison.

Madame de L... avait depuis trois jours un panaris au doigt indicateur de la main gauche; les douleurs étaient extrêmes et ne lui laissaient de répit ni la nuit ni le jour. Elle avait pris dans la nuit précédente un grain d'opium, qui n'avait pu calmer sa souffrance et lui procurer le sommeil. La main ainsi que le bras étaient fortement douloureux. C'est dans cet état de choses, à 9 heures du soir, que les onctions mercurielles furent commencées. Dès la quatrième, la malade éprouva du soulagement. Deux autres frictions furent faites avant qu'elle se couchât; la nuit fut bonne. Le lendemain, les frictions furent reprises tous les quarts d'heure; à midi le panaris était guéri. Un gros d'onguent mercuriel seulement avait été employé.

Deux autres malades, une domestique et une couturière, ont été guéries en quelques heures, par le même moyen, de panaris très-douloureux. La chaleur, la tension, la douleur, les élancemens, ont été enlevés comme par prodige. Il en a été de même chez un commissionnaire qui est venu me consulter, il y a quelques jours seulement, et qui avait un panaris à l'indicateur de la main gauche. Depuis deux jours il avait suspendu ses occupations à cause de la douleur. Il a pu les reprendre le surlendemain de l'emploi du traitement.

Le premier effet des onctions mercurielles est de déterminer un sentiment de fraîcheur sur le doigt douloureux, qui se prolonge quatre ou cinq minutes après qu'on les a cessées. Pendant que cette impression de fraîcheur dure, la fièvre locale est moindre, les élancemens moins pénibles. A chaque friction il y a un mieux être marqué, et le médecin, avant de sortir de chez son malade, peut souvent constater l'action salutaire du médicament: Il est rare d'en voir de plus prompte.

Les onctions mercurielles doivent être faites en débutant tous les quarts d'heure, avec quelques grains seulement du médicament que l'on étend sur la partie affectée, en pratiquant quelques légères frictions avec le doigt indicateur de la main saine. Il est nécessaire aussi de tenir le panaris enveloppé avec un linge enduit d'onguent mercuriel. Un ou deux gros du remède suffisent presque toujours.

Ce traitement a pour avantage de faire avorter l'inflammation et de prévenir la suppuration qui, comme on le sait, est, dans la plus grande généralité des cas, la terminaison ordinaire des panaris. Quel immense résultat dans une maladie dont la suppuration constitue toute la gravité! car, après la peau et le tissu cellulaire, les gaines des tendons fléchisseurs viennent souvent à s'enflammer; des abcès se forment en divers points du membre, et les incisions n'empêchent pas toujours l'altération et l'exfoliation des tendons eux-mêmes; et par suite, la perte de l'usage d'un ou de plusieurs doigts et même quelquefois de la main.

En publiant cette courte note, qui ne fait que confirmer les observations de M. Serre, d'Alais, nous voulons appeler l'attention de nos confrères sur ce point de thérapeutique, et solliciter de leur côté de nouvelles expériences.

---

### NOUVEAU MODE DE CAUTÉRISATION PAR LA POTASSE CAUSTIQUE.

L'emploi de la potasse caustique est assez souvent indiquée, soit pour établir des exutoires, soit pour ouvrir des abcès froids ou certains kystes, etc. Il importe donc que les effets de cet agent énergique puissent être calculés avec quelque précision et dirigés au gré du médecin. M. le docteur Hennau vient de rappeler aux praticiens de France un procédé généralement employé à Vienne dans le grand hôpital civil, pour ouvrir les abcès froids et les bubons vénériens. Nous avons voulu essayer ce procédé avant de le faire connaître à nos lecteurs, et les résultats que nous en avons obtenus sont tellement satisfaisans, que nous sommes résolus à l'employer désormais exclusivement, surtout pour l'établissement des cautères. Voici en quoi consiste ce procédé, et comment s'exprime à ce sujet, dans la *Revue*, M. Hennau:

« Tout le monde connaît les avantages de la cautérisation potentielle dans un certain nombre de circonstances où elle ne peut être convenablement remplacée par l'instrument tranchant; mais l'imperfection du procédé ordinaire de manier la potasse caustique est fort grande, et je la crois cause du discrédit dans lequel la cautérisation potentielle est tombée chez beaucoup de praticiens. Les inconvéniens de la potasse caustique découlent tous de la déliquescence et de la lenteur de son action. La déliquescence du caustique entraîne le défaut de précision dans les limites de son action. L'escarre produite est souvent beaucoup plus grande, quelquefois plus petite qu'on ne le désire; elle est ovale ou de forme irrégulière, au lieu d'être ronde ou linéaire, etc. La cautérisation a pu s'étendre à une trop grande profondeur; souvent il est impossible d'employer la potasse, à cause du voisinage d'un organe important, ou de l'impossibilité d'appliquer un bandage compressif sur le caustique pendant le temps nécessaire à son action.

» La lenteur de la cautérisation dans le procédé ordinaire a pour principal inconvénient de forcer le chirurgien à couvrir le caustique par un bandage toujours facile à déranger, et perméable à l'humidité atmosphérique; ce qui le prive de la faculté de suivre de l'œil l'action destructive de l'alcali et de la diriger avec précision. Cela posé, voici le procédé de Vienne, qui est entièrement exempt de ces deux défauts et qui réunit tous les avantages de la cautérisation potentielle :

Prenez : chaux vive en poudre, six parties;
potasse caustique, cinq parties.

Pulvérisez la potasse dans un mortier de fer, en ajoutant peu à peu la poudre de chaux. On obtient ainsi une poudre fine très-sèche, d'un blanc grisâtre, que l'on conserve dans un flacon bouché à l'émeri. Lorsque l'on veut s'en servir, on en verse quantité suffisante dans une soucoupe, et l'on ajoute assez d'esprit de vin (ou d'eau de Cologne qui se trouve partout), pour faire une pâte que l'on pétrit avec une spatule d'argent, ou simplement avec le manche d'une petite cuiller. On applique ensuite, sur la partie que l'on veut cautériser, une couche de cette pâte de deux lignes environ d'épaisseur, en ayant soin d'en circonscrire nettement les bords avec la spatule ou la cuiller légèrement mouillée d'esprit de vin, afin de produire une escarre à contour parfaitement régulière. On lui donne la forme et les dimensions que l'on désire avec la plus grande facilité; car, en général, l'escarre sera exactement semblable à la couche de pâte caustique que l'on a appliquée. La douleur produite par cette petite opération est extrêmement modérée : presque tous les malades la trouvent inférieure à celle d'un vésicatoire. Au bout de cinq à six minutes, la peau est cautérisée jusqu'au tissu cellulaire; ce que l'on reconnaît à l'apparition d'une petite ligne grise sur les bords de la pâte caustique. On peut dès lors enlever celle-ci et laver l'escarre avec un peu d'eau vinaigrée. Si l'on voulait cautériser plus profondément, on laisserait la pâte dix, quinze et même vingt minutes sur la peau.

L'addition de la chaux à la potasse a pour avantage d'empêcher la déliquescence de celle-ci, de lui donner la consistance pâteuse et de lui enlever l'acide carbonique qui peut lui rester encore. Elle n'agit pas comme caustique, mais comme excipient. L'alcohol a pour avantage de dissoudre parfaitement la potasse caustique, et de former au milieu de la pâte une solution saturée, d'une activité très-grande par sa concentration et sa fluidité.

L'escarre se détache au bout de quatre à cinq jours, lorsque les parties sous-jacentes sont le siége d'un travail de suppuration assez actif; mais elle ne tombe qu'au bout de quinze, vingt et même trente jours, lorsque les parties voisines sont saines et jouissent de peu de vitalité, ou lorsque le sujet est faible ou affaibli.

La *Pharmacopée universelle* de M. Jourdan contient la recette d'une pâte caustique formée par le mélange de la potasse avec la chaux; mais la dose de la potasse est trop faible par rapport à la dose de chaux : de sorte que cette pâte est considérée comme inférieure en force à la potasse ordinaire, et qu'elle perd le précieux avantage de la rapidité de la cautérisation. Elle diffère encore par l'emploi de l'eau au lieu de l'alcohol pour intermède : celui-ci est bien préférable, parce qu'il donne une solution alcaline, fluide, que la

poudre de chaux retient dans ses intervalles à la manière d'une éponge, c'est-à-dire très-faiblement, et qui pénètre dès lors avec facilité dans le tissu même du derme, tandis qu'avec l'eau pour intermède, la chaux est nécessairement éteinte et sursaturée d'humidité, et qu'elle forme une pâte beaucoup trop liée pour produire l'effet qui vient d'être décrit.

---

*Traitement de l'ongle entré dans les chairs, par l'emploi de la pâte caustique.*

Il est bien démontré aujourd'hui qu'il n'y a qu'un moyen de guérir radicalement ce qu'on appelle l'*ongle entré dans les chairs*, c'est de ramener les parties molles qui recouvrent vicieusement l'ongle au niveau, ou plutôt au-dessous de celui-ci, de telle sorte que son bord qui, par la pression qu'il exerçait sur elles, y entretenait la suppuration et la douleur, soit devenu tout-à-fait libre et les recouvre à son tour. Pour atteindre ce but, on sait que de nombreux procédés ont été conseillés depuis la simple interposition de quelques brins de charpie jusqu'à l'avulsion de l'ongle. On a réussi par tous ces procédés, par le dernier même, le plus cruel et le moins logique de tous, parce que chacun d'eux, mis en usage avec intelligence, peut plus ou moins facilement remplir l'indication dont nous venons de parler. Nous indiquerons bientôt, dans un article spécial, la condition essentielle à remplir dans le traitement de cette affection, et pourquoi plusieurs de ces moyens échouent souvent. Nous nous bornerons ici à faire connaître un nouveau procédé de cautérisation qui nous semble avoir quelque avantage sur ceux qu'on a employés jusqu'ici.

On procède de diverses manières pour détruire les bourrelets fongueux qui recouvrent l'ongle incarné. La cautérisation par la potasse caustique est le moyen qui nous paraît devoir le mieux convenir; c'est aussi celui dont on s'est occupé le plus récemment. On a vu, dans le deuxième volume du *Bulletin de thérapeutique*, que M. Senné conseille d'imprégner quelques brins de charpie réunis de potasse caustique liquide, et de placer cette petite mèche dans le sillon qui sépare l'ongle et le bourrelet charnu qui le recouvre, afin de détruire l'un et l'autre. Ne croyant nullement à la nécessité, ni même à l'utilité de la destruction de l'ongle, ni même d'une partie de l'ongle, et pensant en outre que l'action de cette mèche cautérisante, ne se passant pas sous les yeux, peut-être portée plus loin qu'on ne le désire (et ce ne serait pas la première fois que la phalange aurait été intéressée par le caustique), nous préférons faire agir celui-ci à la surface du bourrelet, et jusqu'à l'ongle exclusivement.

Un morceau de potasse concrète ne saurait être maintenu d'une manière convenable sur des parties ainsi conformées, et produit généralement une cautérisation très-irrégulière, trop ou trop peu profonde, qu'on ne peut enfin diriger d'une manière sûre. Il n'en serait pas de même si, au lieu de cette substance solide, on faisait usage, dans le même but, de la pâte caustique de Vienne, dont la formule a été donnée dans le précédent article. Nous venons d'en acquérir tout récemment la preuve. Une jeune femme portait depuis quelques années, au gros orteil du pied droit, un ongle incarné, qui ne causa long-temps que de faibles douleurs, mais qui finit par en déterminer de très-vives et rendre la marche très-pénible. Combattue d'abord avec timidité par la cautérisation avec le nitrate d'argent, cette affection s'accrut et obligea la malade à réclamer un traitement plus énergique. A l'époque où nous la vîmes, l'ongle du gros orteil droit était recouvert, dans plus du tiers de son étendue, à sa partie interne, par un bourrelet charnu très-épais, et excessivement douloureux dans le point correspondant à l'angle de réunion des bords antérieur et interne de l'ongle. L'excision de ce bourrelet, qui nous parut le moyen le plus expéditif et le moins douloureux, ayant été rejetée par la malade, nous nous décidâmes à employer la cautérisation, attendu que le traitement de Fabrice d'Aquapendente par les bourdonnets de charpie était inapplicable, celui de Desault trop lent dans ses effets, et trop long-temps douloureux. Nous couvrîmes donc d'une couche de pâte caustique toute la surface du bourrelet fongueux, un peu au-delà du point que nous supposâmes correspondre au bord interne de l'ongle et à la portion interne du bord antérieur; de telle sorte que ces deux bords fussent bien dégagés après la chute de l'escarre. Pour empêcher la cautérisation de l'ongle, nous glissâmes préalablement entre lui et le bourrelet un morceau de carte convenablement taillé. Le caustique, laissé environ quinze minutes, produisit une douleur assez vive et ne détruisit guère que la moitié de l'épaisseur des parties. Une nouvelle cautérisation (qui aurait pu être faite dès le surlendemain), fut pratiquée cinq jours après, et le caustique demeura en place un peu plus d'un quart d'heure. Cette fois l'ongle fut mis à nu excepté vers l'angle de réunion de ses deux bords; ce qui obligea de faire une troisième cautérisation. A la chute de l'escarre, l'ongle se montra parfaitement libre. Alors une mèche de charpie fut glissée sous lui à sa partie interne, pour le soulever et empêcher que son contact ne retardât la cicatrisation. Les choses en sont là dans ce moment. Il est certain que la maladie, ainsi réduite à une ulcération très-simple, doit marcher rapidement vers la guérison.

Nous ne ferons pas ressortir les avantages de ce mode de cautérisation, l'article précédent les ayant indiqués. Nous observerons seulement qu'appliqué au traitement de l'ongle incarné, comme nous l'avons fait, il mérite quelque attention, parce qu'il joint à une action prompte et énergique une sûreté qu'on ne trouve point dans l'emploi de la potasse caustique solide et surtout des caustiques liquides. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant plus au long du traitement de l'ongle entré dans les chairs. **A. T.**

---

NOUVEL APPAREIL A EXTENSION PERMANENTE SIMPLIFIÉ.

Autant il y avait d'inconvéniens dans l'abus qu'on faisait autrefois de l'extension permanente dans le cas de fractures des membres inférieurs, autant il y en a peut-être aujourd'hui dans la tendance qu'ont en général les chirurgiens à bannir cette méthode de leur pra-

tique. Sans doute, il est possible de guérir les fractures du col du fémur, intra ou extra-capsulaires, par le simple et ingénieux appareil dont se sert habituellement M. Dupuytren : cet habile chirurgien en a fourni plus d'une preuve; mais que pourrait le double plan incliné seul contre une fracture très-oblique du tiers inférieur de la cuisse, par exemple, ou de son col chirurgical ? L'art, en se perfectionnant, a dû faire raison de la plupart des machines que l'imagination par trop féconde de quelques hommes avait multipliées à l'infini et sans profit pour les malades. Aussi n'estime-t-on guère aujourd'hui, et avec raison, tout appareil dont les élémens ne se trouvent pas partout sous la main et qui exigent le secours fort dispendieux des fabricans d'instrumens; aussi, tout avantageux, sans contredit, que puisse être l'appareil imaginé par M. Gresely, et que nous avons fait connaître avec le détail dans ce journal, nous lui préférerions le suivant, qui nous paraît susceptible d'une application plus générale, mais qui exige, à la vérité, plus d'habileté de la part du chirurgien. Cet appareil, que vient de mettre en usage avec succès M. Laugier à l'hôpital Necker, n'est autre qu'une modification de celui de Desault, qui a servi de type à presque tous ceux dont on s'est servi depuis. Il en diffère en ce que l'extension, au lieu de s'opérer sur le pied, s'exerce sur toute la jambe, et que la contre-extension s'opère parallèlement à la direction du membre, et sous ce double rapport, il lui est supérieur; mais, comme lui et tous les autres bandages composés de pièces de linge, il tend chaque jour à se relâcher et exige plus de surveillance de la part du chirurgien. Est-il aussi solide que la plupart des appareils mécaniques? Non, sans doute; et nous avouons que, si M. Laugier n'en avait fait l'application que sur des sujets de faible complexion, nous aurions hésité à en reconnaître *à priori* l'efficacité; mais le succès qu'il a obtenu de son emploi chez un homme d'une force athlétique nous engage à le mettre en usage à la première occasion et à le faire connaître à nos lecteurs. Voici comment M. Laugier en donne la description :

« Avec deux attelles de Desault, l'une extérieure plus longue, l'autre interne plus courte, deux bandes longues, un long ruban de fil comme celui qui sert aux liens ordinaires, un bandage de corps lacé ou bouclé, et l'appareil connu des fractures de la cuisse, on peut produire l'extension permanente la plus simple, la plus efficace et la plus facile à supporter. L'extension et la contre-extension seront tout-à-fait parallèles au membre, et l'une et l'autre faites aux extrémités des attelles interne et externe. Je commence par appliquer un bandage roulé sur le pied et la jambe jusqu'au genou; cela fait, je prends un ruban de fil de plusieurs aunes, j'en applique la partie moyenne sur la plante du pied; les deux extrémités sont dirigées en dedans et en dehors, sur le côté interne et externe de la jambe jusqu'au niveau de la partie supérieure du bandage roulé déjà appliqué. Si la première bande n'est pas épuisée, je fixe sur la jambe les deux jets des rubans de fil, en faisant de haut en bas un second bandage roulé jusqu'aux malléoles; une seconde bande me sert à appliquer ce bandage, si la première n'est pas assez longue; les extrémités du ruban de fil sont ramenées de haut en bas parallèlement au membre, et sont de nouveau fixées par des doloires. C'est sur ces extrémités, qui dépassent encore la plante des pieds de 15 à 20 pouces, que sera faite l'extension. On voit que, d'une part, la partie moyenne du ruban, appliquée sur la pointe du pied, a un point d'appui invariable, et que de l'autre ses deux jets sont maintenus sur la jambe de toute la force d'un double bandage roulé, sans que cependant la peau puisse être excoriée par leur frottement, puisque le premier bandage roulé la sépare du ruban. Je fais faire l'extension pendant la réduction de la fracture, comme à l'ordinaire; puis, pour faire la contre-extension, j'engage l'extrémité arrondie de l'attache externe dans un gousset que je fais à l'instant en repliant sur toute sa longueur le bandage de corps que je place autour du bassin; je fais faire un gousset semblable au drap fanon pour recevoir l'attelle interne, qu'il enveloppe d'ailleurs comme à l'ordinaire; l'attelle externe au-dessous du bandage de corps est de même et comme d'habitude entourée du drap fanon, et les coussins placés, je ferme l'appareil; je lace et je serre le bandage de corps; tout est disposé pour que la contre-extension soit solidement exercée quand je ferai l'extension sur les extrémités des rubans de fil; les attelles interne et externe dépassent la plante du pied de 5 à 6 pouces, plus ou moins, mais elles la dépassent d'une longueur égale; elles présentent d'ailleurs chacune la mortaise et l'échancrure des attelles de Desault, puisque ce sont les mêmes attelles. Alors je saisis les extrémités du ruban de fil dirigées, comme on sait, parallèlement au membre; je les conduis, chacune de leur côté, sur l'échancrure de l'attelle correspondante; je les fais rentrer de dehors en dedans par la mortaise, et je les noue fortement ensemble par une rosette; on pourrait les réunir par une boucle. De cette manière l'échancrure de l'extrémité des attelles, soutenues, comme je l'ai dit plus haut, dans le bandage de corps et le drap fanon, la contre-extension a lieu, et par suite l'extension et l'alongement du membre. »

Cet appareil a été employé deux fois par M. Laugier; l'un des malades est encore en traitement et en voie de guérison, sans raccourcissement; l'autre, dont suit l'observation, a guéri sans difformité.

« Un homme, d'une force athlétique, a la cuisse droite fracturée par une pièce de bois; la fracture a lieu à l'union des tiers moyen et inférieur du fémur; elle est oblique en dedans et en dehors et de haut en bas. Le déplacement est très-considérable. J'applique le bandage de Scultet maintenu par un bandage de corps autour du bassin. Des compresses graduées, de petites attelles sont placées sur la saillie des fragmens; une forte saignée, répétée plus tard, est pratiquée; le repos le plus absolu, une diète modérée, sont observés. Pendant long-temps le fragment supérieur persiste à faire une légère saillie en dehors, ou plutôt le fragment inférieur est entraîné en dedans. Au bout de soixante-dix jours, l'appareil est levé; la fracture semble consolidée. On retire l'appareil. Le malade se trouve bien pendant deux jours, mais le troisième jour le cal a cédé à la traction musculaire favorisée par l'obliquité de la fracture; la cuisse est raccourcie; le malade ne pouvant supporter l'application immédiate des compresses graduées et des petites attelles, j'imaginai le mode d'extension permanente décrit plus haut. Chaque fois

que l'appareil est visité, le membre a conservé sa longueur et sa forme. Par prudence, il est conservé pendant deux mois. Appliqué le 20 décembre 1832, il est levé définitivement le 20 février 1833. La consolidation de la fracture est parfaite, et le membre n'a pas de raccourcissement appréciable. »

---

## MALADIES DE LA PEAU.

### *Considérations sur le porrigo (teigne), et sur son traitement.*

Depuis long-temps on a désigné sous le nom de *tinea* (teigne), un genre d'affection autour duquel on a groupé une foule de maladies qui n'avaient de commun entre elles que leur siége (au cuir chevelu) : caractère peu solide d'ailleurs; car il n'en est peut-être aucune que l'on ne puisse rencontrer aussi sur les autres parties du corps. Les variétés admises jusque dans ces derniers temps par les auteurs, sont nombreuses, et elles diffèrent toutes, non-seulement par leurs symptômes, mais encore par leur siége, par leur nature, par leur gravité. Ainsi les éruptions les plus diverses, sous le nom de *teigne granulée*, *teigne amiantacée*, *teigne furfuracée*, teigne muqueuse (*porrigo larvalis*), teigne faveuse (*porrigo favosa*), teigne annulaire (*porrigo scutulata*, *ringworm*), *achores*, etc., ont été rapprochées pour constituer un genre sans caractères généraux, sans lieu commun. Pour grouper ensemble toutes ces affections, il a fallu ne tenir aucun compte de la nature contagieuse de quelques-unes, tandis que toutes les autres ne sont point susceptibles d'être transmises par contact; il a fallu n'avoir point égard à la bénignité de celles-ci, qui les a fait regarder par certains auteurs comme des éruptions salutaires, tandis que celles-là, au contraire, ont un caractère de gravité qui doit faire craindre les ravages les plus terribles, si l'on ne se hâte d'arrêter leur développement. De cette confusion, il est résulté naturellement la plus grande obscurité, et sur leur étude, et sur leur traitement. Le mot *teigne*, que l'on admet très-bien à une époque de la science où, faute de connaissances plus exactes, on se servait de termes habilement choisis et destinés à faire image; le mot *teigne*, dis-je, qui aurait dû être, sinon rejeté, au moins singulièrement restreint dans son application par les auteurs modernes, a été au contraire adopté et généralisé avec une légèreté inconcevable. Digne compagnon du mot *dartre*, il s'est chargé avec lui de représenter presque toute la pathologie cutanée, et tout en ne signifiant rien, l'un et l'autre, qu'*éruption* du cuir chevelu, ou de toute autre partie du corps, ils ont acquis le triste privilége de faire envisager avec le même effroi les maladies les plus dissemblables, et de rendre plus obscure encore une étude qui, par la variété des sujets, est déjà si difficile. Qu'on ne croie pas qu'il ne s'agisse ici que du plus ou du moins d'exactitude dans la classification; il s'agit au contraire d'un des points les plus importans de la pathologie cutanée; il s'agit d'être bien fixé sur ce que l'on doit entendre réellement par le mot *teigne*, de ne pas déployer une médication énergique, et trop souvent encore cruelle, contre une maladie simple, légère, qui s'exaspère sous l'influence du traitement, tandis que, sans gravité, sans inconvénient par elle-même, elle aurait disparu seule, ou à l'aide d'un moyen doux et émollient; et, d'un autre côté, de ne pas abandonner aux soins de la nature, en répétant, *prodest porrigo capitis*, une maladie grave, contagieuse, susceptible d'altérer profondément les parties qui en sont le siége, et même de porter une funeste atteinte à toute l'économie. En effet, dans l'esprit de combien de médecins aujourd'hui encore, le mot *teigne* ne laisse-t-il pas de vague et d'incertitude? Quand ils se trouvent devant une éruption du cuir chevelu, quels embarras n'éprouvent-ils pas pour répondre à ces questions qu'ils ne manquent pas de s'adresser eux-mêmes : Est-elle contagieuse? Guérira-t-elle bientôt? Faut-il la respecter ou se hâter de la combattre? Et cependant ils ont bien reconnu une *teigne*. C'est qu'en effet, comme je l'ai déjà dit, on a rassemblé à tort, sous ce terme générique, des maladies contagieuses et d'autres qui ne le sont pas, des éruptions qui guérissent bientôt et d'autres qui sont rebelles, etc.

Depuis plusieurs années, dans ses leçons cliniques, M. Biett a mis tous ses soins à éclairer ce point de la pathologie cutanée. C'est lui qui, le premier, débarrassant le porrigo des éruptions qui lui sont étrangères, a dit, il y a déjà long-temps, que, pour adopter des espèces véritablement fondamentales, il n'en faudrait conserver que deux : le *porrigo favosa* (teigne faveuse), et le *porrigo scutulata* (teigne annulaire). Il a d'ailleurs adopté aujourd'hui positivement cette méthode que je me suis proposé d'exposer ici, et qui doit, si je ne me trompe, avoir la plus heureuse influence sur la thérapeutique d'une des maladies les plus graves.

Le mot *teigne* (et avec lui celui de *dermatose teigneuse*, qui n'en est qu'une *élégante amplification*) doit être abandonné, non pas tant peut-être à cause de sa signification, qui vaut bien celle du *terme* que nous proposons d'adopter d'une manière générique, mais pour bien séparer les maladies qu'il comprend en masse, et détruire, s'il est possible, la déplorable confusion qu'a produite sa trop longue application.

Tout le genre *teigne* peut et doit être compris dans une seule *maladie* qui n'admet que deux variétés, le *porrigo*.

Le *porrigo* se présente avec des caractères constans et qui lui sont tout-à-fait propres. C'est une éruption pustuleuse ayant presqu'exclusivement son siége au cuir chevelu, constamment produite par des élémens spéciaux, des *favi*, et susceptible d'être transmise par contagion.

Toutes les autres éruptions pustuleuses survenant au cuir chevelu, mais ne présentant pas ces caractères rentrent dans les éruptions pustuleuses générales, et ne sauraient constituer un genre à part (le genre *teigne*), qui est représenté tout en entier par le *porrigo*.

Dans un prochain article, j'examinerai ces affections pustuleuses qui simulent la teigne. Le *porrigo* reconnaît pour lésions élémentaires, des *favi*, ou pustules faveuses. Ces pustules, qui appartiennent exclusivement à ce genre, sont petites (psydraciées), exacte-

ment arrondies, comme enchâssées dans l'épiderme. Parties des couches profondes du derme, elles paraissent avoir leur siége dans le bulbe des poils; elles présentent, dès le premier jour, un point jaune que l'on aperçoit à peine, et contiennent un liquide qui se concrète promptement, et forme, le cinquième ou sixième jour, une croûte qui a aussi des caractères spéciaux. Épaisse, celluleuse, de plus en plus saillante, l'incrustation est déprimée au centre, et elle est formée par des godets, tantôt isolés, tantôt réunis en groupes, quelquefois multipliés de manière à former une surface antérieure.

Le *porrigo* occupe presqu'exclusivement le cuir chevelu; cependant il peut se manifester sur d'autres parties du corps; j'en ai vu plusieurs exemples. M. Biett a montré, dans sa clinique, un cas bien remarquable de *porrigo* général chez un jeune homme de vingt-quatre ans, qui présentait tous *les attributs de la force.*

Le *porrigo* est évidemment contagieux; j'en pourrais citer ici un grand nombre d'exemples. Nous avons recueilli à ce sujet, M. Biett et moi, les observations les plus curieuses et les plus concluantes.

Il y a deux variétés distinctes du *porrigo*, mais qui cependant ne présentent de différences que par la forme, et réunissent tous les mêmes caractères. Dans l'une, le *porrigo favosa*, les pustules restent discrètes, ou au moins si elles se groupent par trois ou quatre, ou même, si, en augmentant, les croûtes se confondent, elles n'affectent pas de forme régulière, et on observe toujours la dépression centrale. Dans l'autre (*porrigo scutulata*), connue surtout en Angleterre sous le nom de *ringworm*, les pustules sont réunies en groupes, et disposées de manière à former des cercles. Les incrustations dans lesquelles la dépression centrale a disparu sont épaisses, ordinairement très-larges, disposées en orbes; elles recouvrent quelquefois toute la moitié de la tête, sur laquelle elles forment une espèce de demi-calotte, dont la circonférence est très-exactement arrondie, et souvent bornée par une espèce de couronne de cheveux grêles et lanugineux.

Le *porrigo* attaque indistinctement les deux sexes, tous les âges; cependant on le rencontre le plus souvent chez les jeunes gens, et surtout chez les enfans. Le plus ordinairement il a été transmis par contact immédiat, surtout par l'usage des mêmes serviettes, des peignes. Les bonnets ont très-souvent servi à le transmettre. Il peut, dans ce cas, attaquer des individus vigoureux et bien portans. Ceux qui en sont atteints spontanément sont ordinairement, au contraire, faibles, mous, d'une constitution lymphatique, mal nourris, mal vêtus.

Dans un prochain article, nous parlerons du *diagnostic*, si important pour le choix du traitement, et du traitement lui-même. ALPHÉE CAZENAVE.

---

## THERAPEUTIQUE ETRANGERE.

### DE L'HYDROPISIE DES OVAIRES ET DE LEUR EXTIRPATION.

Le professeur Sacchi, dans un mémoire d'un haut intérêt, établit, avec juste raison, que les ovaires sont, entre toutes les parties du corps humain, celles qui peuvent présenter le plus grand nombre de productions morbides, celles qui sont sujettes aux hydropisies les plus considérables. On comprend facilement que, dans le traitement d'une semblable maladie, les agens thérapeutiques, tant externes qu'internes, doivent être sans efficacité, et qu'on ne peut obtenir quelques succès que de la chirurgie. Le professeur Sacchi traite donc d'abord de la ponction, observe que Monteulieu la pratiqua dix-neuf fois sur une dame, extrayant chaque fois 18 à 20 livres de liquide, et que G. P. Frank retira, en quarante et une fois, 2,686 pintes de fluides d'une semblable tumeur. Cependant cette opération est impraticable dans un grand nombre de cas, et n'est jamais sans danger. Quand la tumeur est partagée en diverses loges, la ponction est contre-indiquée, parce qu'elle ne peut se pratiquer dans les divers points de l'abdomen; elle est inutile quand le fluide est visqueux, filant, mêlé à une substance solide et pultacée. D'ailleurs on peut blesser les vaisseaux artériels et veineux, et amener une hémorrhagie mortelle; le fluide peut aussi s'épancher facilement dans le ventre; et en outre la ponction entraîne à sa suite l'inflammation des parois de la tumeur, inflammation qui se termine souvent par la gangrène. Il est encore à observer que le liquide auquel on donne issue ne tarde pas à s'altérer après la ponction, et est sécrété plus abondamment et change même de nature. Si le plus simple hydrocèle ne peut se guérir sans beaucoup de peine, il doit en être de même, à plus forte raison, de l'hydropisie de l'ovaire, organe qui présente alors une texture complexe, est tantôt ligamenteux, tantôt cartilagineux, et adhère à des tumeurs de diverse nature. Aussi ne doit-on pratiquer la paracentèse que quand la fluctuation du liquide est assez manifeste, et que la malade est menacée d'accidens graves, ou ne veut pas se soumettre à d'autres procédés.

M. Sacchi, parlant ensuite de l'incision, exposa la méthode pratiquée d'abord par Le Dran, et ensuite avec succès par Houston. Cette opération consiste à introduire la pointe d'un bistouri dans la cannelure qui est pratiquée sur la canule du trois-quarts, et à ouvrir les parois abdominales et la tumeur par une large incision. Quand on a ainsi vidé le kiste du liquide qu'il contenait, on entretient libre l'ouverture faite par l'incision, en plaçant à demeure une canule de plomb dans la plaie, en faisant successivement usage d'injections émollientes et légèrement détersives. Cependant cette méthode a eu le plus souvent des conséquences funestes, et est en général impraticable par les raisons suivantes : 1° Souvent le kyste de l'ovaire est divisé en plusieurs loges qui ne peuvent se vider toutes par l'incision; 2° les substances contenues dans la tumeur ne sont pas toujours liquides, mais souvent denses, solides et adhérentes aux parois internes du sac; 3° on ne peut obtenir une réunion parfaite entre des parois qui offrent une texture différente dans leurs divers points; et au lieu d'obtenir une inflammation adhésive, on n'a souvent qu'une inflammation violente suivie de gangrène, laquelle peut facilement s'étendre aux viscères environnans, si disposés à s'enflammer; 4° on ne peut éviter l'épanchement dans le ventre, du

sang et du liquide, et l'inflammation du péritoine et des intestins, qui en est la suite; 5° enfin, toutes choses égales d'ailleurs, on ne peut abréger la longue et fâcheuse durée de l'ouverture fistuleuse qui résulte de cette opération. Monteggia, blâmant les incisions, voudrait qu'on perçât la tumeur avec un gros trois-quarts, et qu'après avoir vidé le kyste et élargi un peu l'ouverture, si c'était nécessaire, on y introduisît des pinces à longues branches, analogues à celles de Hunter, pour l'extraction des calculs de l'urètre, afin d'extraire le sac ainsi vidé, d'en faire la rescision à sa base, en liant le pédoncule qui reste dans le ventre, en ayant soin de laisser pendre le fil hors de l'ouverture jusqu'à ce qu'il tombe. Mais pour une semblable opération il faudrait que le liquide fût toujours de nature à s'échapper par la canule, que la tumeur n'eût pas contracté d'adhérences avec les viscères circonvoisins ou avec d'autres tumeurs, et que ses parois fussent assez souples : circonstances qui ne sauraient se rencontrer toutes réunies.

Enfin, le professeur Sacchi arrive à l'extirpation proposée pour la première fois par Delaporte, et qui s'exécute avec beaucoup de facilité chez les quadrupèdes et les oiseaux. Il raconte comment l'ont pratiquée de savans chirurgiens chez quelques femmes assez heureuses pour n'éprouver d'autres effets de cette opération que l'atrophie des mamelles, la stérilité et l'indifférence pour l'acte vénérien. Cette opération n'est cependant point sans péril.

Le professeur Sacchi termine son mémoire par quinze cas de tentative d'extirpation des ovaires. Six eurent un résultat heureux, quatre se terminèrent par la mort; cinq autres présentèrent des difficultés dans l'extirpation de la tumeur, et l'on fut obligé de faire cicatriser promptement la plaie extérieure, sans cependant qu'il survînt d'accident; une de ces malades guérit même par l'incision et la suppuration du sac. Des quatre morts, trois périrent par suite d'entérite, un par hémorrhagie; et cependant trois de ces malades ne présentèrent point au début ou dans le cours de la maladie de complication qui contre-indiquât l'opération.

Lizars croit que les chirurgiens ont été trop timides quand il s'est agi d'ouvrir le ventre; et J. Bell, qui admet que le péritoine s'enflamme très-facilement à la suite des plaies considérables, pense toutefois que l'air n'exerce pas sur les intestins cette action mortelle qu'on lui attribue. A ce sujet, le professeur Sacchi observe que, si une plaie peu étendue de l'abdomen et des intestins, peut causer une grave inflammation, il n'est certes pas sans danger d'ouvrir le ventre par une large incision, de déplacer les intestins pour arriver à la tumeur, de saisir celle-ci à sa base, qui est toujours située profondément, d'en faire la rescision, et de laisser quelque temps un fil dans le ventre, toutes circonstances qui sont bien capables de donner lieu à une inflammation qui, une fois développée, est presque nécessairement alors funeste; mais cependant l'opération a été heureuse dans beaucoup de cas; c'est ce que démontre l'expérience, surtout quand elle a été entreprise dans les cas récens, et qu'on a pu éviter l'épanchement du sang et des liquides contenus dans la tumeur.

On a conseillé dernièrement d'enlever peu à peu les parois de la tumeur, et d'en provoquer la réunion au moyen de la suppuration. Ce procédé a tous les inconvéniens d'une large incision et de la suppuration du sac; de plus, il peut entraîner l'hémorrhagie et tous les accidens qui résultent de l'inflammation qui doit suivre l'incision des parois; mais le plus grave de tous est la destruction des adhérences qui existent entre la surface externe de la tumeur et les parois abdominales, adhérences sans lesquelles il est impossible d'éviter l'épanchement du sang dans la cavité péritonéale.

En somme, selon le professeur Sacchi, de tous les procédés opératoires conseillés jusqu'à nos jours, celui qui offre le plus de chances de succès est l'extirpation des ovaires.

---

— *Gelée de baume de Tolu.* — M. Hébert, pharmacien, prépare la gelée de baume de Tolu de la manière suivante :

Prenez : Baume de Tolu, deux onces,
Ichtyocole, trois onces,
Acide tartrique, quatre gros,
Sucre, sept livres,
Eau de fleurs d'oranger, quatre onces,
Blanc d'œuf, n° 1.

On fait dissoudre le baume de Tolu dans s. q. d'alcohol, et on l'étend dans quatre livres et demie d'eau. On filtre et on ajoute la colle de poisson et l'acide tartrique, on fait dissoudre à la chaleur du bain-marie; puis on ajoute l'eau de fleurs d'oranger dans laquelle on a fouetté un blanc d'œuf. On conserve ensuite la gelée dans des pots de verre pour l'usage.

Cette gelée est fort agréable et est employée avec succès dans les affections aiguës et chroniques de la poitrine.

---

Nous recevons d'un professeur distingué de pharmacie, M. Foy, la communication des notes suivantes :

— *Note sur la préparation des eaux distillées de fleurs et des eaux dites médicinales.* — Si les précautions qui doivent être prises dans la préparation de l'eau distillée simple sont bonnes, et il n'est aucun pharmacien qui en doute; c'est-à-dire, si les premières portions qui passent dans le récipient doivent être rejetées comme étant chargées d'air, d'acide carbonique et de principes volatils contenus dans l'eau employée, et si l'opération doit être suspendue, quand les deux tiers du liquide renfermé dans la cucurbite auront passé par la distillation, nous croyons que les mêmes règles doivent être suivies dans la préparation des eaux distillées de plantes et des eaux dites médicinales. Voici les règles que nous proposons comme avantageuses dans ces diverses préparations officinales.

1° Remplacer l'eau ordinaire par de l'eau distillée simple et opérer comme d'habitude.

2° Si l'on n'a pas d'eau distillée simple en assez grande quantité, ou si l'on veut économiser une opé-

ration préalable, c'est-à-dire la préparation de l'eau filtrée simple, on n'ajoutera la plante que l'on voudra distiller qu'après avoir retiré et mis de côté à peu près le quart de l'eau introduite dans l'alambic, et on suspendra l'opération quand on aura obtenu les deux tiers restant.

---

— *Note sur la préparation de la graisse mercurielle double (onguent mercuriel).* — Parmi les nombreux procédés conseillés pour avoir une extinction prompte du mercure dans l'axonge, il en est un que l'on ne trouve indiqué nulle part, que nous suivons depuis long-temps et qui nous a constamment réussi. Ce procédé consiste à triturer le mercure métallique et le quart de la graisse voulue dans un mortier, ou tout autre vase convenable, échauffé préalablement à l'aide de l'eau bouillante et placé dans un bain d'eau chaude.

---

— *Formule pour l'administration de l'huile de ricin.* — Tous les praticiens connaissent la difficulté et la répugnance avec lesquelles les malades avalent l'huile de ricin. Nous croyons être utiles aux uns et aux autres en leur faisant connaître la formule sous laquelle nous prescrivons journellement un médicament d'un usage aussi souvent répété et aussi désagréable au goût.

Prenez : Huile de ricin. . . . . 3 onces.
Jaune d'œuf très-frais. . n° 1.
Eau de fleurs d'oranger, de menthe, d'anis ou autre. . . . . 2 drachme.

Triturez le tout dans un mortier de marbre pendant 15 à 20 minutes ; ajoutez peu à peu :

Eau commune. . . . . 3 onces.
Suc de citron. . . . . 1 drachme.

Ou bien :

Bouillon aux herbes. . . 1 once.

A prendre et une seule fois. F. F.

---

DES FRICTIONS SUR LA POITRINE, AVEC LA POMMADE STIBIÉE, DANS L'HÉMOPTYSIE.

Monsieur le rédacteur, j'ai l'honneur de vous adresser deux observations sur l'hémoptysie. La maladie, dans les deux cas, a cédé à l'emploi de la pommade stibiée, dite d'Authenrieth. Si vous les trouvez dignes de quelque intérêt thérapeutique, je vous prie de les insérer dans votre excellent journal.

*Obs. I.* Madame V..., âgée de 24 ans, petite, d'un tempérament sanguin, ayant la peau blanche, le teint rouge, était depuis six mois sujette, sans cause connue, à des hémoptysies très-abondantes : les attaques se répétaient plusieurs fois le mois, sans que les règles, qui étaient régulières, fussent diminuées.

Lorsque je fus appelé à lui donner mes soins, j'observai, outre l'hémoptysie qui suivait son cours, une toux sèche, presque sans expectoration, un point douloureux qui s'était fixé sur le côté droit, vers la base du poumon; de la fréquence dans le pouls, de la chaleur à la peau, une rougeur très-prononcée aux pommettes, des sueurs nocturnes; l'appétit était tout-à-fait nul; la débilité extrême, et les saignées générales et locales qu'on lui avait déjà pratiquées, ne me permettaient plus d'espérer le moindre avantage de ce moyen.

Mon intention fut d'abord d'appliquer, selon la méthode de Mertens, un vésicatoire sur le thorax; mais, avant d'en venir à ce moyen, je jugeai à propos d'employer la pommade stibiée en frictions sur la partie antérieure de la poitrine. Après huit jours de frictions souvent répétées, des pustules volumineuses se formèrent, la suppuration qui devint très-abondante fut entretenue pendant deux semaines, et ce ne fut qu'au bout de ce temps que madame V... reprit un peu de force. Continuation des frictions sur les pustules elles-mêmes; régime doux, humectant, potion gommeuse : un peu d'opium le soir pour calmer la toux et procurer du sommeil. Peu à peu la fièvre diminua et disparut; l'hémoptysie cessa, la toux se calma, l'appétit se fit sentir, et la gaieté, disparue depuis long-temps, vint ajouter au bien être. La pustule la plus volumineuse fournit de la suppuration pendant encore trois mois; il y a aujourd'hui six mois que tous les accidens ont disparu, la guérison se maintient, et tout annonce qu'elle sera définitive.

*Obs. II.* M. A..., âgé de 21 ans, d'une frêle constitution, éprouvait depuis quelques mois des attaques d'hémoptysie, survenues à la suite de la suppression d'un épistaxis habituel. Il avait jusque-là fait peu d'attention à ces accidens, lorsqu'une attaque plus violente fit naître chez lui des craintes sérieuses, et l'obligea d'avoir recours à mes soins. Un sang rouge et écumeux était incessamment expulsé par une toux violente; il n'existait d'ailleurs que peu de fréquence du pouls : je ne jugeai pas à propos de faire de saignée.

Le traitement qui m'avait si bien réussi chez madame V... fut sur-le-champ ordonné; la pommade stibiée fut employée en même temps que tous les moyens diététiques et hygiéniques en usage en pareil cas. Pendant les premières frictions, il survint une hémoptysie, mais légère; l'hémorrhagie se continua encore quelque temps, à un très-faible degré, et disparut bientôt entièrement. Pendant un mois entier, les frictions ont été continuées et la suppuration entretenue. L'hémoptysie n'a plus reparu. Aujourd'hui M. A... se porte fort bien, et on peut dire qu'à sa faiblesse ordinaire a succédé la force et la santé la plus parfaite. Il est à remarquer que l'épistaxis auquel ce malade était sujet depuis longues années n'a pas encore reparu.

Persuadé que deux faits ne peuvent conduire à aucune conclusion, je n'ajouterai aucune réflexion; j'ai seulement voulu appeler l'attention des praticiens sur un mode de traitement qui offre ceci d'avantageux qu'on peut avec facilité entretenir une excitation cutanée et une suppuration toujours égales et appropriées à la révulsion qu'on veut obtenir. Ce traitement sera surtout utile chez les sujets déjà affaiblis comme la malade de la première observation.

GOUYER, D.-M.
Chirurgien de l'hôpital civil et militaire du Pont-Saint-Esprit (Gard).

# JOURNAL DE PHARMACIE

ET

# DES SCIENCES ACCESSOIRES.

(MAI 1833.)

## ANALYSE

### *D'un calcul intestinal de cheval;*

Par M. O. Henry.

Lorsque je proposai, il y a environ dix-huit mois, avec feu Plisson mon ami, un nouveau moyen *chlorométrique*, fondé sur la décomposition des composés ammoniacaux par les chlorites ou chlorures d'oxides, nous avions songé à cette époque à rendre ce procédé applicable à l'analyse de plusieurs produits à base d'ammoniaque ; mais quelques occupations m'avaient empêché de m'en occuper. Ayant eu récemment l'occasion d'analyser un calcul intestinal de cheval, qui paraissait formé de *phosphate ammoniaco-magnésien*, je pensai à faire l'application de ce procédé, en me servant d'un appareil simple et très-délicat. Les résultats ayant été faciles à obtenir, je n'hésiterai pas à les publier, espérant qu'ils ne seront pas sans quelque intérêt. Je répéterai encore que le principe sur lequel ils reposent présente une grande analogie avec celui adopté par M. Soubeiran, dans son intéressant travail sur les sels *ammoniaco-mercuriels*. J'entre donc en matière.

### *Du calcul intestinal.*

*Caractères physiques.* — Ce calcul, de la grosseur d'une forte noisette, ovoïde, grisâtre, formé intérieurement de couches nuancées d'un brun foncé et d'un gris sale, offrait une texture radiée ; sa saveur ainsi que son odeur étaient nulles.

*Caractères chimiques.* — Exposé à la chaleur, il perdit d'abord un peu d'humidité, puis dégagea des produits ammoniacaux fétides, en prenant une teinte brune des plus foncées, qui disparut en chauffant plus fortement à l'air et il se trouva remplacé par une poudre blanche, composée de phosphate magnésique. Le calcul traité par la potasse laissa dégager bientôt de l'ammoniaque, et acquit une couleur brune. Les acides hydrochlorique et nitrique en opéraient en grande partie la dissolution sans produire d'effervescence, et sans donner aucun changement de coloration ; ce calcul ne renfermait point d'ailleurs de sulfate, et seulement quelques traces d'hydrochlorate de soude.

1re *Expérience.* — 2 gr, 5 réduits en poudre fine, ayant une couleur jaunâtre, furent traités d'abord par l'éther sulfurique, qui enleva au calcul 0 gr., 05 de matière grasse verdâtre très-fusible, que je pense provenir de la bile. L'alcohol rectifié n'ayant eu ensuite aucune action sensible, je fis agir l'acide hydrochlorique pur étendu d'eau, et à l'aide d'une douce chaleur la poudre fut dissoute, à l'exception d'une matière brune floconneuse, azotée, d'un aspect, feutré d'une saveur comme aromatique, et qui pesait 0 gr., 12.

2e *Expérience.* — Après avoir rapproché en consistance sirupeuse la partie liquide de la précédente expérience, j'en ai déterminé le volume et je l'ai introduite avec soin dans un ballon muni d'un bon bouchon, portant un tube recourbé et un petit entonnoir à robinet. Je connaissais exactement la capacité de cet appareil, et, après l'introduction du liquide ci-dessus, je savais ce qu'il renfermait d'air à une température connue : or j'engageai le tube recourbé sous l'eau dans des cloches graduées, et, à l'aide de l'entonnoir à robinet, j'ajoutai dans le ballon d'abord un léger excès de soude caustique, puis un assez grand excès de chlorite de chaux dissous dans l'eau ; j'évitai seulement avec soin tout accès de l'air dans l'appareil. La réaction s'opéra bientôt ; elle se continua vivement et en peu de temps sous l'influence d'une douce chaleur ; lorsqu'il ne se dégagea plus rien, le ballon s'étant refroidi, se remplit de lui-même *entièrement* par absorption : tous les produits gazeux étaient donc passés dans les cloches ; ils se composaient du volume connu de l'air de l'appareil, plus de l'azote provenant de l'ammoniaque décomposée par le chlore du chlorite (j'ai eu très-rarement de l'oxigène). Ainsi le volume de ce dernier, exempt d'oxigène, conduit après les réductions et par le calcul à la quantité d'ammoniaque, puisqu'on sait que 82 gr., 54 = 100 gr. ammoniaque anhydre.

Dans cette expérience les 2 gr., 5 de calcul m'ont fourni, azote, pour moyenne 0l., 222, qui représentent ammoniaque 0 gr., 3408,

*Nota.* Il faut que la proportion de chlorite de chaux ou de soude, si on emploie ce dernier, prédomine toujours, pour être certain de décomposer entièrement l'ammoniaque; sinon il se fait une certaine quantité d'hydrochlorate de cette base, uni à ceux de chaux ou de soude, tandis que dans le cas contraire ceux-ci seuls se produisent, car le chlorite excédant tend toujours à décomposer le nouveau sel ammoniacal formé.

3e *Expérience.*—1 gramme de la même poudre du calcul fut introduit dans l'appareil ci-dessus; je versai dessus d'abord une certaine proportion de soude caustique, puis de chlorure de chaux en solution : après l'action de la chaleur, j'ai obtenu en azote calculé sec à 0° c., et 0,76, 0l., 085, d'où ammoniaque 0 gr.,13.

4e *Expérience.*—2 gr., 5 de la poudre ci-dessus, mis en ébullition avec un excès de bi-carbonate de soude pur dissous, il y eut un dégagement abondant d'ammoniaque; je chauffai presque à siccité, et j'obtins un dépôt blanc AA qui fut recueilli et lavé avec soin; il sera l'objet de la cinquième expérience. Le liquide total réuni fut neutralisé *très-exactement* par l'acide hydrochlorique puis additionné d'hydrochlorate barytique, en quantité suffisante : le phosphate que j'obtins pesait sec 2 gr., 15, représentant acide phosphorique anhydre 0 gr., 6837. D'après l'ensemble des résultats il en aurait fallu 0 gr., 73.

5e *Expérience.* — Le dépôt AA dont j'ai parlé tout à l'heure, soumis à une calcination forte, fut combiné à l'acide sulfurique; j'eus soin de chauffer pour dissiper tout excès d'acide, et j'en pris le poids total. Avec une solution saturée de sulfate calcaire je parvins, comme on le sait, à isoler ou à apprécier la quantité de chaque sulfate, qui était à base de magnésie et de chaux; les produits obtenus ont été :

| | gr. | gr. |
|---|---|---|
| *Sulfate de chaux anhydre..* | 0,194=Chaux. . . | 0,0495 |
| *Sulfate de magnésie anhydre..* | 1,137=Magnésie . | 0,3840 |

Si nous considérons maintenant que le phosphate double ammoniacal des concrétions intestinales est un *sel ammoniaco-magnesien bi-basique* formé pour 100 de : eau 38, magnésie 17,34, ammoniaque, 14,44 et acide phosphorique 30,22, nous serons conduits, d'après les proportions de bases et d'acide phosphorique obtenues, à considérer le calcul formé sur 2 gr., 5 de :

| | gram. |
|---|---|
| 1° Matière verte de la bile. . . . | 0,050 |
| 2° Matière brune azotée. . . . . | 0,120 |
| 3° Phosphate de chaux. . . . . | 0,112 |
| 4° Phosphate ammoniaco-magnésien bibasique cristallin . . . . . | 1,385 |
| 5° Chlorure de sodium traces. . . | 0,010 |
| 6° Humidité et perte. . . . . | 0,322 |
| Total. . . | 2,5 |

La présence du phosphate double dans ce calcul est très-facile à concevoir, par la nature seule des matières qui sont la nourriture habituelle des chevaux; car ces substances renferment une certaine quantité de phosphate de chaux et surtout de magnésie; on se rend compte alors aisément de la production du phosphate double ammonique, de ces concrétions, puisque le phosphate neutre de magnésie passe à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien bi-basique en s'unissant à l'ammoniaque, dont la production n'a rien de surprenant au milieu des phénomènes de la digestion (1).

## EXTRAIT DES ANNALES DE CHIMIE

### ET DE PHYSIQUE.

### *Sur la composition de l'hydrogène phosphoré et ses combinaisons avec d'autres corps;*

*Par M.* H. Rose.

M. Rose admet que l'hydrogène phosphoré, spontanément inflammable, contient moins de phosphore que n'en ont trouvé MM. Dumas et Buff. Il regarde ce gaz comme formé d'un at. de phosphore sur trois at. d'hydrogène; il ne lui trouve, quant à sa composition, d'analogie qu'avec l'ammoniaque, et selon les expériences de MM. Dumas et Soubeiran, avec l'hydrogène arseniqué. La différence que l'on remarque dans les propriétés chimiques des gaz ammoniac et hydrogène phosphoré, tient particulièrement à la grande solubilité de l'un, au peu de solubilité de l'autre dans l'eau, et plus encore peut-être à l'affinité plus grande de l'hydrogène pour l'azote que pour le phosphore.

Le peu de solubilité de l'hydrogène phosphoré paraît être une des causes principales de ce qu'il ne forme point de sels avec les oxacides; on sait toutefois qu'il est absorbé par l'acide sulfurique; mais cette union est éphémère.

M. Rose n'est parvenu à le combiner qu'avec des substances anhydres : l'eau décompose toutes ces combinaisons, et chasse l'hydrogène phosphoré sous forme de gaz.

L'hydrogène phosphoré se combine particulièrement avec quelques chlorures métalliques volatils, en quoi il ressemble à l'ammoniaque.

M. Rose a combiné l'hydrogène phosphoré aux chlorures de titane, d'étain, de fer, au perchloride d'antimoine, au chlorure d'aluminium, aux chlorures de chrôme, de soufre, de phosphore, et a déterminé la composition de ces produits variés. Leur analogie avec les composés correspondans d'ammoniaque s'est soutenue jusque dans l'analyse.

L'hydriodate d'hydrogène phosphoré correspond également, d'après M. Rose, aux hydriodates et hydrochlorates d'ammoniaque.

Ce chimiste s'occupe ensuite de l'analyse des phos-

(1) Pour contrôler ce procédé j'ai pris ammoniaque à densité de 0°,923, égalant ammoniaque réelle 0 gr.,1948. J'en ai introduit 1 gramme avec soin dans le ballon ci-dessus et j'ai ajouté chlorite de chaux dissous en excès, le gaz azote obtenu après l'opération fut pour moyenne de 0l.,129, ce qui conduit à ammoniaque anhydre 0 gr ,198.

phures obtenus par la voie sèche ou par la voie humide, et termine son mémoire par des considérations philosophiques sur le groupement des corps simples en familles. La comparaison qu'il a établie entre l'hydrogène phosphoré et l'ammoniaque, le porte à nier l'existence de l'ammonium.

---

*Sur l'acide kinique et sur quelques-unes de ses combinaisons ; par M.* S. Baup.

M. Baup, par une analyse qui s'éloigne peu de celle de M. Liébig, établit que l'acide kinique sec est formé de 15 atomes de carbone, 20 hydrogène, et 10 d'oxigène ; ce qui donne pour 100 parties 50 de carbone et 50 d'oxigène et d'hydrogène dans les proportions de l'eau. Cette composition, semblable à celle que M. Prout a trouvée pour le ligneux, présenterait un nouvel exemple d'isomèrie. M. Baup passe ensuite en revue un certain nombre de kinates, et en donne l'analyse.

---

*De la cristallisation de quelques oxides métalliques ;*

*Par* M. Becquerel.

On peut opérer la cristallisation de plusieurs métaux, ainsi que celles de quelques oxides, par les moyens ordinaires de la chimie ou par l'emploi des forces électriques ; mais le nombre de ces cristallisations est encore borné, surtout pour les oxides anhydres.

M. Becquerel a eu l'idée de prendre pour dissolvant des oxides le peroxide de potassium, pensant qu'en raison de son degré d'oxigénation, ce corps ne doit pas posséder la faculté de former avec eux des combinaisons aussi stables que la potasse, qui est une base plus énergique.

On sait que le peroxide de potassium se produit lorsqu'on tient la potasse en fusion à l'air à une température élevée. Quand la masse est refroidie, vient-on à l'arroser d'eau, il se dégage de l'oxigène. Si à la potasse on a mêlé un oxide métallique, les deux corps réagissent, se dissolvent ; et lorsqu'on traite par l'eau la masse refroidie, il y a dégagement d'oxigène et précipitation de l'oxide en flocons mêlés de petits cristaux.

Si l'on dissout l'oxide dans la potasse, à l'abri de l'air, il ne se forme pas de cristaux ; leur formation est donc liée à celle du peroxide de potassium.

Les oxides de cuivre, ceux de plomb, de cobalt, de zinc, ont été obtenus cristallisés par cette méthode.

---

*Analyse de l'eau du Rio-Vinagre ;*

*Par* M. Boussingault.

Le Rio-Vinagre prend naissance près des bouches du volcan de Puracé. Ses eaux sont limpides, d'une densité de 1,0015, d'une saveur acide et astringente. Les réactifs indiquent dans cette eau les acides sulfurique et hydro chlorique, la chaux, l'alumine, et des traces de fer et de magnésie.

On peut représenter sa composition ainsi qu'il suit :

| | |
|---|---|
| Sulfate d'alumine. . . . . | 0,00131 |
| de chaux. . . . . | 0,00031 |
| Chlorure de sodium. . . . | 0,00022 |
| Silice. . . . . | 0,00023 |
| Acide hydrochlorique. . . . | 0,00081 |

---

*Sur les iodures de platine ;*

*Par* M. Lassaigne.

*Iodure de platine.* Ce produit résulte du traitement du proto-chlorure de platine par une solution chaude et concentrée d'iodure de potassium. C'est une poudre noire, pesante. Il contient 55,6 0/0 d'iode, et résulte de l'union de 2 at. d'iode avec 1 at. de platine, Pt. $I^2$.

L'eau n'agit sur ce corps ni à froid ni à chaud. Il en est de même de l'alcohol. La chaleur dissocie ses élémens à une température voisine du point d'ébullition du mercure, à + 250° environ. Les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique, sont sans action sur lui à chaud comme à froid. L'acide hydriodique le ramène à l'état de bi-iodure qui se dissout dans l'acide, et de platine métallique qui se sépare. Les alcalis le transforment en protoxide en passant eux-mêmes à l'état d'iodures. L'iodure de potassium semble le dissoudre et former avec lui un iodure double cristallisable.

*Bi-iodure de platine.* On le prépare en faisant agir la solution d'iodure de potassium sur celle de bichlorure de platine. Lorsqu'on mélange les liqueurs, elles se colorent en rouge orangé, sans se troubler. Cette couleur rouge peut, d'après M. Lassaigne, accuser la présence de 1/80000 de platine. Lorsqu'on chauffe cette liqueur, elle brunit, et l'ébullition détermine la séparation d'une poudre noire floconneuse ou cristalline, qui est le bi-iodure. Cette poudre contient 71,76 0/0 d'iode elle est formée de 4 at. d'iode pour 1 at. de platine, Pt. $I^4$.

L'eau n'agit pas sur le bi-iodure de platine. L'alcohol, à 88° $c^x$, le dissout à chaud et à froid, et le colore en vert jaunâtre. Cette solution n'est pas troublée par l'eau ; évaporée, elle laisse un enduit brunâtre, qui n'est que du proto-iodure de platine. La chaleur le décompose vers + 131° C.

L'acide sulfurique, sans action sur le bi-iodure de platine à froid, en chasse à chaud une portion de l'iode.

L'acide hydriodique le dissout à froid, se colore en rouge, et cristallise par évaporation sous une cloche remplie de chaux vive, en petites aiguilles noirâtres solubles dans l'eau. Les alcalis transforment cet hydriodate d'iodure en iodure double.

Les iodures basiques se combinent facilement au bi-iodure de platine, et produisent des composés doubles cristallisables à proportions déterminées. M. Lassaigne s'est attaché particulièrement à l'étude des iodures doubles de platine à base de potassium, de sodium et de baryum. Ces sels sont colorés en rouge ou en noir ; en général leur solution est rouge. L'hydriodate

d'ammoniaque joue, comme les iodures alcalins, le rôle de base avec le bi-iodure de platine, et cette combinaison cristallise en petites lames carrées noirâtres avec reflet métallique.

---

*Sur la cristallisation du fer;*

*Par* M. Wohler.

Des plaques de fer épaisses de deux pouces, retirées d'un haut-fourneau éteint, après avoir été exposées à une chaleur blanche pendant tout le temps de la fonte, offraient à la cassure une texture brillante et lamelleuse, et pourtant elles avaient été primitivement coulées avec une fonte à grain fin.

En brisant les échantillons, M. Wohler parvint à séparer des cubes parfaits, dont plusieurs avaient jusqu'à un pouce de côté. Ces cubes avaient un clivage rectangulaire aussi parfait que la galène, avec laquelle ils ont une ressemblance à s'y méprendre. Cette cristallisation est d'autant plus remarquable que la fonte n'a pu être liquide dans cette circonstance.

Le fer offre encore une autre forme de cristallisation, qu'on observe quelquefois dans les cavités qui se produisent pendant le coulage de grandes masses de fonte. Les cristaux qu'on y rencontre sont évidemment des octaëdres ou des portions d'octaëdres. Le cube et l'octaëdre sont donc les formes propres au fer.

---

*Expériences sur le géranium zonale;*

*Par M.* H. Braconnot.

M. Braconnot a trouvé dans le suc filtré du géranium zonale (ou des jardins) les principes suivans:

1° Une quantité remarquable de malate acide de chaux; 2° un peu de malate acide de magnésie; 3° beaucoup de tartrates de chaux; 4° beaucoup de phosphates de chaux et de magnésie; 5° du tannin; 6° de l'acide gallique; 7° de l'apothème; 8° du tannate de chaux; 9° une matière extractiforme, insoluble dans l'alcohol, d'une saveur de viande rôtie; 10 du malate de potasse; 11° du chlorure de potassium.

---

*Recherches sur l'origine de l'azote qu'on retrouve dans la composition des substances animales;*

*Par MM.* Macaire *et* Marcet.

1° L'azote provient-il des alimens?

Pour résoudre cette question, MM. Macaire et Marcet ont examiné comparativement, d'une part le chyle des herbivores et celui des carnassiers, de l'autre leurs excrémens. Le chyle desséché dans le vide a fourni les résultats suivans :

| | Chyle de chien. | Chyle de cheval. |
|---|---|---|
| Carbone. . . . | 55,2 | 55,0 |
| Oxigène. . . . | 25,9 | 26,8 |
| Hydrogène. . . | 6,6 | 6,7 |
| Azote. . . . . | 11,0 | 11,0 |

Ainsi donc l'identité du chyle, quelle que soit la nourriture des animaux, paraît mise hors de doute, ce fait est surtout remarquable relativement à l'azote; mais on en sera moins surpris, si l'on se rappelle que les herbivores sont obligés de soumettre aux forces digestives une quantité d'alimens beaucoup plus grande que les carnassiers, pour donner au chyle la proportion d'azote requise, et que d'un autre côté leurs excrémens sont beaucoup plus abondans que ceux des carnivores et beaucoup moins aminalisés suivant M. Thenard. MM. Macaire et Marcet ont confirmé ce résultat par l'analyse immédiate, ainsi qu'il suit :

| | Excrémens de chien. | Excrémens de cheval. |
|---|---|---|
| Carbone. . . . | 41,9 | 38,6 |
| Oxigène. . . . | 28,0 | 29,0 |
| Hydrogène. . . | 5,9 | 6,6 |
| Azote. . . . . | 4,2 | 0,8 |
| Subst. minér. et terr. | 20,0 | 25,0 |

2°. L'azote provient-il de la respiration?

Tous les expérimentateurs qui ont étudié les modifications qu'éprouve l'air dans l'acte de la respiration des animaux, s'accordent à reconnaître l'absorption d'une certaine proportion d'oxigène, remplacée par une égale quantité d'acide carbonique; mais, pour ce qui concerne l'azote, les opinions sont fort diverses.

L'absorption de l'azote pouvant être fort petite, il était difficile de la déterminer directement. MM. Macaire et Marcet ont donc dû chercher à arriver par une voie indirecte à la solution de ce problème, et ils y sont parvenus par la comparaison des analyses élémentaires du chyle, du sang artériel et du sang veineux.

Les sangs de mouton, lapin, cheval, bœuf, chien, examinés successivement par ces savans chimistes, leur ont offert des résultats assez semblables pour qu'ils aient pu les considérer comme identiques dans la proportion relative de leurs élémens. En résumé :

| | Sang artériel. | Sang veineux. |
|---|---|---|
| Carbone. . . . | 50,2 | 55,7 |
| Azote. . . . . | 16,2 | 16,2 |
| Hydrogène. . . | 6,6 | 6,4 |
| Oxigène. . . . | 26,3 | 21,7 |

Ce résultat démontre donc pour la première fois l'hypothèse généralement admise d'une proportion de carbone plus forte dans le sang veineux que dans le sang artériel.

Si l'on compare les analyses du chyle avec celle des deux espèces de sang noir et rouge, on remarque : 1° que la quantité de carbone existant dans le chyle est égale à celle que présente le sang veineux, de sorte que l'office de la respiration est le même pour les deux fluides qui se présentent à son action, et qu'elle doit en soustraire une portion semblable de carbone, pour les ramener à celle qui constitue le sang artériel; 2° que la proportion d'azote, qui est la même dans les sangs rouge et noir, diffère entre le sang et le chyle, de manière que ce dernier fluide en contienne notablement moins que le premier (la proportion est de 11 à 16,5 sur 100), et si l'on considère le sang artériel comme du chyle respiré, on doit en conclure que l'effet de la res-

piration est d'en soustraire du carbone et d'y ajouter de l'azote pour toutes les classes de mammifères, et quel que soit leur mode d'alimentation. Il est facile de comprendre que, comme le sang veineux est tout aussi azoté que le sang artériel et que la quantité de chyle qui se trouve mélangée à ce fluide est très-petite, l'absorption d'azote nécessaire pour achever son animalisation soit peu considérable, et ait souvent échappé aux expérimentateurs.

3° L'azote peut il être créé par l'action même des forces vitales ?

MM. Macaire et Marcet sont conduits par leurs expériences à répondre négativement à cette question. Ils ont renouvelé sur des herbivores, un mouton par exemple, l'expérience que M. Magendie avait faite sur des carnassiers, et se sont assurés que ces animaux ne paraissent pas pouvoir soutenir leur existence avec des alimens entièrement privés d'azote.

En résumé, l'azote contenu dans les matières animales est fourni par les alimens d'une part, et de l'autre par respiration.

---

*Lampe à souffler le verre ;*

*Par* M. Gay-Lussac.

On sait quelle difficulté on éprouve à arrranger convenablement la mèche d'une lampe à souffler le verre parce qu'elle se charbonne sans cesse. La mèche d'ailleurs répand une fumée et une odeur insupportables, lorsqu'on en fait souvent usage. M. Gay-Lussac remplace dans cet appareil la lampe à l'huile par une lampe à alcohol qui ne présente pas ces inconvéniens. Le réservoir est éloigné du foyer et communique avec lui au moyen d'un robinet que l'on ouvre ou ferme à volonté. L'appareil est disposé d'ailleurs de manière à maintenir le niveau du liquide constant.

P.-F.-G. Boullay.

---

*Observations sur le bleu de Prusse ;*

*Par* M. Berzélius.

La présence de potassium dans le bleu de Prusse, observée pour la première fois par Proust, a été dans ces derniers temps l'objet d'une polémique entre divers chimistes ; M. Berzélius vient de publier à ce sujet des observations intéressantes.

Dans le lavage du bleu de Prusse, celui-ci retient obstinément le cyanure de potassium ; M. Berzélius s'est assuré cependant que, par des lavages prolongés, on parvient à l'enlever entièrement.

L'eau chaude non plus que l'eau froide ne décomposent le bleu de Prusse ; mais, par le contact prolongé de l'air et de l'eau, il y a décomposition aux dépens de l'air ; le fer du cyanure s'oxide et le cyanogène devient partie d'autres combinaisons ; au reste cet effet ne se produit qu'avec une extrême lenteur.

La liqueur, qui se forme pendant le lavage prolongé du bleu de Prusse, ne contient plus de cyanoferrure jaune de potassium, mais le cyanure rouge de Gmelin ; de sorte qu'à mesure qu'une partie de fer s'oxide, le cyanogène correspondant forme du cyanide qui s'unit au cyanure de potassium et qui se dissout par l'eau ; puisque cela a lieu aux dépens de l'air, on conçoit pourquoi le lavage se fait avec une extrême lenteur.

L'explication de la présence du cyanure de potassium dans le bleu de Prusse se trouve dans une observation de Mosander, qui a vu que plusieurs cyanoferrures peuvent, en se précipitant ensemble, s'unir et former des combinaisons triples, moins solides que chacun des cyanoferrures qui les composent. Ils sont formés de un atome cyanure de fer, un atome cyanure de potassium et un atome cyanure de baryum, calcium ou magnesium, et ils peuvent être considérés comme un cyanoferrure de double base positive, ou comme une combinaison de deux cyanoferrures différens.

Quelque chose d'analogue se passe dans la précipitation du bleu de Prusse par le cyano-ferrure de potassium ; si ce dernier sel est en excès il se forme le bleu de Prusse soluble, mais qui se précipite, parce qu'il ne peut se dissoudre dans l'eau chargée de sels. Ce bleu soluble paraît être composé de deux atomes cyanoferrure de potassium et trois atomes de bleu de Prusse. Ce n'est pas cette combinaison qui est contenue dans le bleu de Prusse, puisque celui-ci est insoluble ; quand le sel de fer domine sur le cyanoferrure de potassium, il se précipite un mélange de bleu de Prusse et une combinaison insoluble, laquelle varie beaucoup dans sa composition, d'après la quantité de sel de fer en excès, le degré de concentration de la dissolution de cyanure de potassium, et le contact plus ou moins prolongé avec le sel de fer en excès. En lavant le précipité, c'est le sel de fer qui se dissout le premier ; dès lors l'eau commence à décomposer le bleu de Prusse, l'air et l'eau donnent de l'oxide de fer et il se fait en même temps du cyanure rouge qui se dissout en donnant à l'eau de lavage une couleur jaune.

L'oxide de fer reste combiné au bleu de Prusse en formant une portion de bleu de Prusse basique.

Le bleu de Prusse soluble est décomposé d'une manière semblable, mais il faut beaucoup de temps. Si au contraire, après avoir fait chauffer la dissolution à 80 ou 90°, on y fait passer un courant d'air, elle perd promptement sa couleur, et devient jaune, puis verte, et enfin elle se trouble.

E. Soubeiran.

---

## OBSERVATIONS.

### SUR L'ONGLE D'ÉLAN, JADIS USITÉ EN MÉDECINE COMME ANTIÉPILEPTIQUE ;

*Par* J. J. Virey.

On rencontre à peine aujourd'hui dans les pharmacies en France l'ongle ou plutôt le sabot de cette grande espèce de cerf à bois palmés, existant dans le nord de l'Europe, sous le nom d'élan (*cervus alces*, L.), et sous celui d'orignal au Canada et en d'autres régions septentrionales du Nouveau-Monde.

Nous n'avons point à nous occuper de l'histoire de ce ruminant, dont César a parlé le premier, et qui fut si mal connu des anciens. Mais il n'est pas hors de propos de rechercher pourquoi l'on a long-temps attribué de si grandes vertus antispasmodiques à ses ongles, préférablement à ceux d'autres animaux. On trouverait encore des personnes, dans des contrées fort éclairées, qui conservent de la foi dans ce médicament, car le *Codex*, publié en 1818, cite des femmes d'Angleterre qui font porter à leurs nourrissons des colliers faits de ces ongles, sous le nom de *anodine necklace* pour les préserver des convulsions dangereuses de l'enfance. D'autres personnes portent aussi des anneaux fabriqués avec cette corne; sa râpure enfin, d'après plusieurs pharmacopées, n'est point exilée de la poudre de guttète, ni d'autres préparations vantées contre l'épilepsie.

Cette opinion, ou si l'on veut cette superstition médicale, paraît remonter à un ancien et célèbre évêque d'Upsal, Olaus Magnus, qui publia son *Historia de gentibus septentrionalibus*, à Rome, en 1555, in-fol. Il rapporte, comme un fait constaté, que l'élan, à l'époque du rut, tombe dans des convulsions violentes et que sentant les approches du paroxysme épileptique, il le prévient en insinuant l'ongle de son pied droit dans son oreille gauche (1), bien que les articulations de ses jambes soient peu flexibles au point qu'elles craquent dans les mouvemens vigoureux de ce robuste quadrupède. Ce craquement est remarquable également dans le renne, et il est probable qu'on donne souvent l'ongle de celui-ci en place de celui de l'élan, dont l'espèce est moins commune.

Des voyageurs au Canada (2), qui ont observé les orignaux, rapportent que c'est au temps où ces élans perdent leur bois qu'ils éprouvent des atteintes du mal caduc, et surtout lorsque les chasseurs les poursuivent avec ardeur; ils tombent subitement; mais cette chute peut dépendre de la frayeur ou de la fatigue.

Quoi qu'il en soit, voici les motifs qui font attribuer à l'ongle de l'élan une qualité éminemment antispasmodique, ou une plus grande fétidité qu'aux autres cornes, même sans l'action du feu. Le seul frottement, en effet, manifeste cette fétidité.

On a dit que cet animal se nourrit de végétaux sauvages, d'odeurs pénétrantes, de pousses d'arbres résineux. L'orignal du Canada, en particulier, recherche le bois puant, *anagyris fœtida* (3); sa chair, quoique très-bonne à manger, présente une forte odeur de venaison.

En second lieu, cet animal est si agile coureur qu'il peut faire plus de 50 milles dans un jour. Ses humeurs sont très-exaltées par ce mouvement violent. Ses sabots bisulces ont une corne brune, compacte, d'une densité très-remarquable et qui, sous le même volume, contient plus de matière animalisée que d'autres substances cornées; aussi en peut-on obtenir beaucoup de carbonate ammoniacal, et d'huile animale pyrogénée (de Dippel) par l'action de la chaleur. On sait que ces substances sont célèbres comme antiépileptiques et vermifuges (4).

La seule râpure de cette corne dure, par l'action de la lime, développe une odeur animale plus forte, comme nous nous en sommes convaincus, que celle exhalée par d'autres cornes; car les plus tendres exigent moins d'effort et leur affriction produit moins de chaleur.

Enfin, un naturaliste américain, Smith, observa des follicules onctueux, répandant un liquide gras, visqueux, jaunâtre et d'une odeur très-fétide, à l'origine des sabots de l'élan (5), surtout aux pattes postérieures. On sait que P. Camper en avait remarqué de semblables aux pieds des rennes. C'est à l'époque du rut que cette sécrétion devient plus abondante, soit qu'elle serve à lubréfier la corne des sabots de ces ruminans (elle se retrouve également chez les gazelles, les brebis, etc.), soit qu'elle contribue par son émanation à déceler l'espèce de ces animaux pour que leurs sexes se reconnaissent; elle n'est pas moins de nature à exciter le système nerveux, comme les autres odeurs animales antispasmodiques, le musc, la civette, le castoréum, etc., qui toutes dépendent des organes générateurs et s'augmentent au temps de la chaleur.

Sans doute cette fétidité de la corne d'élan se perd bientôt, et ce sabot n'offre plus qu'une substance animale à peu près inerte; mais l'indication de son emploi par d'anciens auteurs reposait sur quelque fondement, et n'était pas uniquement gratuite et superstitieuse.

## NOUVELLES DES SCIENCES.

### DES VARIATIONS QUE LA TEMPÉRATURE PRODUIT DANS LA DOUBLE RÉFRACTION DES CRISTAUX.

M. Mitscherlich a prouvé que les angles des cristaux dont le système est irrégulier, tels que plusieurs spaths calcaires, celui d'Islande et l'arragonite, changent de grandeur par une température plus élevée, qui produit en eux de la dilatation. Il s'ensuit, en effet, que l'axe de leur cristallisation est dévié, et que la double réfraction des rayons qui les traverse doit varier en raison de ces températures. M. Mitscherlich a démontré ce phénomène d'une manière aussi simple qu'ingénieuse par la méthode des interférences des ondes lumineuses, et

(1) Lamartinière, *Voyages au Nord*. Paris, 1671, pag. 10, dit qu'il est peu vraisemblable que cet animal ait en même temps le mal et le remède, l'un devant naturellement détruire l'autre.

(2) Denys, *Hist. natur. de l'Amériq. septentrion.* et l'*Histoire génér. des Voyages*, etc.

(3) *Voyez* Hist. de l'Académ. des Scienc., 1707, pag. 13.

(4) Les affections vermineuses passent avec raison, pour l'une des causes principales des convulsions, chez les enfans surtout.

(5) *New-York medical repository*, 1799, tom. 2, pag. 173, et aussi P. Camper, *Naturgeschichte des rennthiers*. Dusseldorf, 1791, in-4°., p. 102. Daubenton est le premier qui ait aperçu ces glandes chez les gazelles.

par les compensations effectuées dans ces cristaux à diverses températures.

M. Rudberg, confirmant ces recherches, a conclu de nouvelles expériences que la chaleur accroît le pouvoir de réfraction dans le verre et l'augmente extrêmement dans le spath calcaire, mais qu'au contraire elle le diminue dans l'eau, dans les huiles, et surtout dans le quartz.

M. David Brewster a vu également la chaleur changer le nombre et la nature des résultats optiques dans les axes de la glaubérite.

---

*De quelques médicamens des sauvages américains, dits* chiritmann, *du haut Pérou* (république de Bolivia).

Ces sauvages, couverts de peaux de lamas ou vigognes, et d'un poncho (large étoffe percée d'un trou pour passer la tête), vivent de maïs grillé et de *charqué*, viande séchée et fumée, ou boucanée, crue, en ajoutant du *capsicum* ou piment; leur boisson est de l'eau qu'ils portent dans une gourde.

Quand ils sont constipés, ils délaient dans de l'eau bouillante du *chacaire*, qui est la fiente d'un oiseau nommé *coco*, et boivent cette infusion. Ils mâchent toujours les feuilles de la *coca* (*erythroxylum peruvianum*) avec de la chaux vive ou des cendres alcalines; leur salive est verdie, ainsi que leurs dents et leurs gencives, par ce masticatoire acerbe; il corrige la puanteur horrible de leur haleine, qui vient de leur nourriture de chair à demi-corrompue.

Ces sauvages, d'un brun cuivré, recherchent les résines, les gommes odorantes qu'ils font brûler, pour expulser les malins esprits, et se garantir des sortilèges malfaisans. Ils brûlent aussi pour cela du soufre dans leurs églises, car ils ont pris quelques pratiques religieuses du christianisme.

Ils se font aussi saigner avec de grosses lancettes à chevaux. Voici quelques noms de leurs remèdes :

*Jaco*, c'est un bol d'oxide de fer.

*Pietra biscal*, une substance minérale, pierreuse, inerte.

Le *contrayerva*, il est usité comme stomachique.

Leur *quena quena* est la graine d'une *anona*, prise en décoction contre les fièvres d'accès, tierces ou autres.

*Salvia*, une espèce de sauge odorante; on crache sur ses feuilles, et on les colle sur tempes, ou les l'on en boit la décoction.

*Youruma* est l'écorce d'un arbre en poudre.

*Suelda son suelda*, matière peu connue, en poudre qui s'avale pour souder les os rompus, etc.

M. Bollaert, qui rapporte ces faits, cite beaucoup d'autres drogues, mais qui ne sont pas du tout connues.

*Autres médicamens.*

1° *Contre la chorée ou danse de Saint-Witt.* Les anglo américains vantent contre cette névrose la racine de l'*actæa racemosa* Michaux (*cimicifuga racemosa* Elliot). C'est une plante de la famille des renonculacées, qui croît dans l'Amérique du nord, et qui fleurit en juin. La dose de cette racine en poudre, à l'intérieur, est de demi-gros à un gros, il en résulte des vomissemens violens ou des nausées seulement. On en doit continuer l'emploi pendant plusieurs jours. Ce remède est populaire et paraît efficace. On en use aussi en décoction comme pectoral.

2° *Remède contre la rage.* Les habitans de la Californie se servent avec succès, dit-on, dans cette affreuse maladie, du suc d'un *cactus*, pris à l'intérieur. On préconise son efficacité; mais l'espèce de cactus n'est pas indiquée. C'est un puissant rafraîchissant.

3° *Contre l'hydropisie.* La *marchantia hemisphérica* passe pour un médicament très-actif pour expulser la lymphe accumulée dans les cavités des membranes séreuses chez les hydropiques.

4° *Nouvelle écorce fébrifuge*, le JURIBALI ou EURIBALI. C'est le nom que les naturels de la Guyane anglaise et des insulaires de l'île Pomeroun donnent à l'écorce d'un arbre de la famille naturelle des *méliacées* Jussieu (octandrie monogynie Linné), et des *trichiliées* de Decandolle. Cet arbre est la *trichilia moschata*, à capsules monospermes, à semences ailées.

Cette écorce, très-amère, astringente comme les quinquinas, possède des qualités énergiques contre les fièvres typhoïdes ou de mauvais caractère, dit-on. Elle donne à la salive une couleur rouge quand on la mâche. Essayée par divers réactifs, elle n'a pas présenté de principe particulier comme la quinine, mais quelque matière analogue à la cinchonine; elle contient beaucoup de substance résinoïde, et précipite fortement la gélatine, l'émétique, les sels métalliques.

Son emploi accélère beaucoup le pouls. Il ne faut pas confondre cet arbre avec l'*icica altissima*, qui porte le même nom chez les Arowaks, sauvages de la Guyane.

D'après M. Hancock, qui a fourni ces détails, cette écorce mériterait d'être essayée en Europe, comme fébrifuge, en concurrence avec les quinquinas.

---

*Sur la découverte de l'arbre du bdellium.*

Adanson avait déjà parlé d'un arbuste nommé *niottout* par les Oualoffes, dans son *Voyage au Sénégal*, pag. 162, et qui produit beaucoup de cette résine gommeuse. M. Perrottet l'a retrouvé à la Sénégambie, et M. Guillemin l'a décrit dans la Flore de la Sénégambie, sous le genre *heudelotia*, parmi les térébinthacées. Sa résine assez abondante peut aussi servir d'encens. Nous donnerons plus tard les détails que fourniront ces habiles botanistes.

Ils ont également fait voir que la vraie gomme du Sénégal, la plus belle, vient de l'*acacia verek*, et le meilleur bablah, le plus astringent, de la *mimosa arabica*.

Les *Archives de botanique* de M. le Dr. Guillemin (1) contiennent divers renseignemens très-utiles pour l'histoire naturelle de médicamens.

J.-J. VIREY.

---

(1) On s'abonne rue Montmartre, n° 176. Prix, pour Paris: 30 fr., et pour les départemens, 35 fr, par an.

## ESSAIS CHIMIQUES

SUR LA RACINE DE PYRÈTRE ;

*Par* M. L.-V. Parisel, *de Montbrison*,

Thèse soutenue à l'École de Pharmacie de Paris.

—

EXTRAIT.

Après avoir rappelé sommairement les caractères botaniques et les propriétés physiques de la pyrêtre, indiqué son origine étrangère et sa naturalisation dans le midi de la France, M. Parisel rappelle les principaux usages de cette plante chez les anciens et les modernes, soit comme irritant à l'extérieur, soit comme odontalgique en masticatoires ou en teintures, et les substitutions dont elle est parfois l'objet dans le commerce.

La question que M. Parisel a cherché à éclaircir est de celle de la composition chimique de la racine de cette plante. Déjà Neumann et Jono de Berlin y avaient reconnu comme principe actif une résine particulière; M. Gauthier avait attribué à une huile ses vertus irritantes. Il y avait donc incertitude à cet égard.

L'action de l'eau sur la racine de pyrêtre ne permit à M. Parisel d'y reconnaître que l'inuline déjà signalée par M. Gauthier, cette matière se déposa en abondance pendant la concentration des liqueurs. L'extrait gomme-sucré qu'il obtint ne rappelait en rien la saveur si caractéristique de la pyrêtre.

La décoction d'ailleurs rougit le papier de tournesol, précipite par les sels de fer, de plomb, d'argent, se trouble légèrement par la baryte et l'acide oxalique. L'émétique et la noix de galle sont sans action sur elle.

L'alcohol et l'éther dissolvent au contraire avec facilité le principe âcre de la racine de pyrêtre. Distillées aux trois quarts, puis abandonnées à une évaporation lente, ces teintures ont laissé pour résidu une matière molle, brune, résinoïde, douée de la plus énergique âcreté.

M. Parisel n'a pu extraire de cette racine l'huile volatile annoncée par ses devanciers. Il a trouvé l'eau distillée de pyrêtre sans odeur. Il attribue sa saveur sensiblement piquante à quelques portions de la matière résinoïde mécaniquement entraînées.

Les autres essais auxquels M. Parisel a soumis cette racine le portent à la considérer comme formée des substances suivantes :

| | |
|---|---|
| 1. Huile volatile? | |
| 2. Principe âcre (pyrétrine.) | 3 |
| 3. Inuline | 25 |
| 4. Gomme | 11 |
| 5. Tannin | 0,55 |
| 6. Matière colorante | 12 |
| 7. Ligneux | 45 |
| 8. Chlorure de potassium | 0,79 |
| 9. Silice | 0,85 |
| 10. Fer | des traces |
| Perte | 1,81 |
| | 100,00 |

Il a reconnu en outre que la matière active, qu'il regarde comme azotée, existe aussi bien dans les couches ligneuses que dans l'écorce, mais en moins grande abondance, ce qui contredit l'opinion émise par M. Gauthier, et que ce principe n'est pas altéré dans la racine même lorsqu'elle est vermoulue.

M. Parisel a donné à la résine molle et âcre de la pyrêtre le nom de pyrétrine. Peut-être cette matière n'offre-t-elle pas encore de telles garanties de pureté, qu'on puisse la classer, sous un nouvel examen, au nombre des principes immédiats. Quoi qu'il en soit, M. Parisel a prouvé qu'il est capable de poursuivre ses recherches, et mérite tous nos éloges pour s'être placé au nombre des élèves qui cherchent à se distinguer honorablement. L. R. Le Canu.

---

## RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

FAITES SUR PLUSIEURS ESPÈCES D'INDIGOFÈRE, ET AUTRES, A LA BASSE-TERRE, GUADELOUPE, EN 1811.

*Extrait du journal de laboratoire de* J. L'Herminier.

Parmi les nombreuses espèces qui appartiennent au genre *indigofera*, indigofère, il est à remarquer que celles qui font partie de la cinquième section, à feuilles pinnées (*foliis pinnatis*), contiennent le plus de matière colorante, connue sous le nom d'indigo.

Des cinq espèces sur lesquelles j'ai opéré, savoir : *Indigofera anil.*, *I. tinctoria*, *argentea*, *I disperma*, *I. caroliniana*.

Les deux premières en contiennent davantage, tandis que la cinquième en offre le moins. D'autres espèces de cette section devront lui être préférées, telles que *I. disperma*.

J'ai cultivé une espèce qui m'a été donnée sous le nom d'indigo de Coromandel, et je n'ai pas trouvé de différence botanique et économique entre elle et l'espèce *indigofera — tinctoria*. N'ayant pas observé celle *senegalensis*, je dois m'en rapporter à ce qui en à été dit par mon savant ami Perrotet.

L'appréciation médicale des *indigofères* paraît être très-bornée. La plante entière est employée en infusion alcoholique dans le traitement de plusieurs affections cutanées ; mais la racine et les fruits, ou légumes, infusés dans l'alcohol de sucre *taffia* du pays, ou tout autre, sont spécialement préconisés pour détruire les poux de tête des enfans ; les mêmes parties de la plante, desséchées et pulvérisées, sont employées aux mêmes usages.

Nous observerons que la famille des légumineuses, très-belle et très-étendue, présente dans quelques-uns des genres nombreux qui la composent, outre des caractères chimiques intéressans, des propriétés économiques et médicales, qui devraient engager à des recherches plus sévères. Je rappellerai les genres *mimosa*, *gleditschia*, *Gymnocladus*, *tamarindus*, *parkinsonia*, *cassia*, *moringa*, *hæmatoxylum*, *cesalpinia*, *guilandina*, *hymenæa*, *bauhinia*, *crotalaria*, *arachis*, *psoralea*, *dolichos*, *erythrina*, *glycine*, *abrus*, *piscidia*, *galega*, *tephrosia*, *glycirrhysa*, *indigofera*;

les légumes secs, tels que les *pois-vesce*, *fève*, *lentille*, *pois-chiche*... Nous observerons encore les genres *Æschynomena*, *americana*, *andira*, *geoffræa*, *coumarouna*, *copaïfara*, *myrospermum*, *securidaca*. Ce choix, fait à la hâte, annonce que la plus grande partie des légumineuses peut être utilisée dans les arts chimiques et économiques. Des bois, plus ou moins durs et colorés, propres à faire des meubles; les gommes, baumes, résines, tannin, substances tinctoriales; les huiles fixes et volatiles figurent dans cette belle famille; et sous le rapport médical nous y retrouvons des émétiques, purgatifs, fébrifuges, sudorifiques, diurétiques, et propres à être ingérés, tandis que d'autres agissant d'une manière plus active, tels que certains *tephrosia*, *piscidia*, sont éminemment suspects à l'intérieur, et ne peuvent être employés avec succès qu'à la surface dans les maladies de la peau. Ex., *cassia alata*.

Il est à remarquer que les phaséoles, et les *dolichos*, plus particulièrement (les semences), sont généralement émétiques ou purgatifs, dans l'état naturel ou primitif, et qu'ils ne doivent leur innocuité comme substances alimentaires qu'au changement de climat et à sa culture.

Plusieurs genres et espèces de la belle famille des légumineuses paraissent contenir de l'indigo primitif toujours blanc, et que j'ai long-temps désigné pour mon usage ou ma *nomenclature*, sous le nom de *cyanine*, ou cyanogyne.

Les *indigofères*, que j'appelle légitimes, sont eudiométriques, et décomposent l'air atmosphérique, en s'emparant de son oxigène dans le végétal vivant, tandis qu'ils décomposent l'eau ou toute autre combinaison chimique pour s'emparer du même principe après sa mort; telle est la base de la théorie sur laquelle repose la formation de l'indigo coloré.

J'ai fait couper des indigofères vigoureux et en pleine végétation au moment de la floraison. Ils étaient mélangés des espèces cultivées et non cultivées; j'en ai fait séparer les tiges principales, et n'ai conservé que les feuilles munies de leurs pétioles communs et particuliers. C'est sur de l'indigofère ainsi préparé qu'ont été faites les expériences qui vont suivre.

### Série 1. — *Indigofère et air atmosphérique.*

Si l'on expose de l'indigofère au contact de l'air atmosphérique dans une cloche placée sur l'appareil pneumatochimique, après quelques heures l'eau s'élève en proportion du gaz oxigène absorbé, et prend une teinte opaline, passe au vert, et les feuilles perdent leur couleur pour passer au jaune, en se dirigeant de haut en bas.

Il y a formation d'indigo par l'agitation.

### Série 2. — *Air atmosphérique et eau.*

Mises en contact avec l'eau, il s'en dégage peu à peu des bulles dont le volume équivaut à un sixième après une action de dix-huit heures.

L'eau prend une teinte ferrugineuse qui augmente d'intensité, et qui, dès qu'elle est mise en contact avec l'air atmosphérique, devient verdâtre opaline, et laisse précipiter de l'indigo.

Elle prend une odeur fétide, et une pellicule d'apparence métalloïde ou à reflets irisés et cuivrés couvre sa surface. L'eau du sommet de la cloche est verte, tandis que celle de la base est jaune, couleur que prennent les feuilles.

### Série 3. — *Air atmosphérique, gaz oxigène et eau.*

Dans un mélange d'air atmosphérique et de gaz oxigène placé sur l'appareil hydrargyro-pneumatique, si l'on introduit des feuilles d'indigofère, il y a absorption de l'oxigène libre avant la décomposition de l'air.

Mais si l'on y fait passer de l'eau, elle devient verdâtre, opaline et fétide : les feuilles ne paraissent pas altérées. Il n'y a ni absorption ni dégagement de gaz; quelques gouttelettes d'un liquide brun exsudent des feuilles supérieures, et le liquide passe au brun en dégageant une odeur aigre, tandis que les gaz transportent sur quelques parties des parois de la cloche une pellicule argentée.

### Série 4. — *Gaz oxigène.*

Des feuilles placées sous une cloche sur l'eau, et remplie de gaz oxigène pur, l'ont absorbé en presque totalité en moins de dix-huit heures, et l'eau s'est colorée. Après quarante-huit heures d'exposition, l'eau s'est abaissée de la même quantité.

Des pétioles seuls exsude une liqueur brune. L'air essayé éteint les corps en ignition, et n'est plus que du gaz azote presque pur.

Il se forme de bel indigo, et l'eau ne devient point fétide.

### Série 5. — *Gaz azote.*

Plongées dans du gaz azote pur, exposé sur l'eau, il n'y a pas d'absorption après vingt-quatre heures; mais l'eau prend une teinte d'un beau vert, sans odeur fétide. Il s'y forme de l'indigo, et l'air essayé de nouveau est de l'azote pur.

### Série 6. — *Acide sulfurique concentré.*

Si l'on mêle une à trois parties de feuilles d'indigofère à une partie d'acide sulfurique concentré, le mélange s'échauffe fortement, se réduit en bouillie, se liquéfie, se charbonne complètement. Il s'en dégage un gaz qui se rapproche de la vapeur d'acide acétique, mais aromatique à sa manière, ou (*sui generis*).

Le mélange placé dans un appareil distillatoire produit peu de gaz, et ce gaz augmente le disque lumineux. Un liquide limpide en découle, et des vapeurs blanches se condensent sur les parois de la cornue, de l'allonge, etc.

Le résidu filtré, évaporé, dégage une odeur d'acide acétique, et lorsqu'il est près de sa concentration, sa surface se couvre d'une croûte formée de cristaux qui, comprimés entre les doubles de papier à filtrer, et pressés, ont un aspect brillant, lamelleux, blanc nacré.

Le liquide lympide est composé d'eau, d'un acide particulier, et propre à la plante (indigofère) uni à l'acide acétique.

La matière sublimée est de l'indigo blanc; plus, une espèce d'huile, ou de composé analogue.

Les cristaux blancs sont composés de sulfate neutre et de sulfate acide de chaux, mêlés à de l'indigo blanc.

Cet indigo blanc peut en être séparé, en exposant le mélange à la sublimation; et le produit de la condensation, ainsi que le précédent, donnent de l'indigo bleu, pourpré, intense, dès qu'on les volatilise avec le contact de l'air, ou qu'on les reçoit sur l'eau.

### Série 7. — *Acide sulfurique très-dilué.*

Seize parties d'indigofères, mises à macérer dans soixante-quatre parties d'eau, et une d'acide sulfurique, après douze heures d'immersion, dégagent des bulles peu nombreuses, et à mesure que les feuilles virent au gris, le liquide se colore après dix-huit heures. La teinte devient plus intense, si l'on coule avec expression; on observe la décoloration presque complète des feuilles, et le liquide devient bleuâtre par l'agitation. Abandonné pendant quelque temps, il se forme un précipité qui augmente par le repos. Ce précipité est formé de deux nuances distinctes, l'une bleue, l'autre, qui en compose la plus grande partie, est blanc verdâtre. Si l'on filtre, le liquide passe avec peine; il se dépose de l'indigo bleu sur le filtre, et l'eau en contient encore la plus grande quantité.

Abandonnée de nouveau pendant dix-huit heures, l'eau prend généralement une superbe teinte bleu-pourpré; et la filtration de nouveau répétée, présente toujours l'indigo déposé sur le filtre; et quoique la liqueur, produit de la filtration, paraisse claire, elle reprend sa belle couleur bleue, et sa surface se couvre d'une pellicule métalloïde, et jusqu'à la fin de l'évaporation spontanée ces deux phénomènes ne cessent de se succéder, en même temps qu'il se précipite de très-bel indigo.

Le précipité desséché est de deux couleurs, comme je l'ai indiqué, l'une bleue intense, l'autre gris de lin nacré, formé de petites lames blanc d'argent et volumineux. Il contient à peu près moitié de son poids d'indigo bleu et blanc, et brûle en dégageant une vapeur âcre qui porte sur l'odorat, en répandant une fumée blanche bleuâtre virant au pourpre. Cette fumée reçue et condensée dans un vase au-dessus de l'eau, paraît s'y mêler; il se précipite de bel indigo, et le résidu prend une teinte gris rougeâtre, attire l'humidité de l'air, et est sans saveur.

Chauffé au chalumeau, il devient blanc, se fond difficilement, et sa saveur est alcaline, très-vive et sulfurée.

Jeté dans l'acide muriatique, il s'en dégage de l'hydrogène sulfuré.

Ce sel est comme dans la série 6, un sulfate de chaux mélangé d'indigo blanc et bleu pour la plus grande quantité.

Cette expérience mérite d'être appréciée, sous le rapport du procédé d'extraction.

### Série 8. — *Acide nitrique.*

Trois parties d'indigofère, sur une d'acide nitrique pur, perdent bientôt leur belle couleur verte pour devenir jaune de rouille. Le mélange étant trituré, et abandonné au repos pendant quelque temps, si l'on ajoute huit parties d'eau, et que le tout soit de nouveau abandonné pendant quelques jours, qu'on le fasse bouillir, que l'on filtre, la liqueur filtrée est jaune d'or brillant, sa saveur est amère. Étant évaporé jusqu'à siccité, le produit se boursouffle, noircit, se charbonne, s'enflamme avec un grand dégagement de calorique, et s'incinère promptement; et si l'on ajoute de l'eau froide à la liqueur précédente, il se forme un précipité.

Ce précipité bien lavé est de couleur blanche, légèrement citrine, d'apparence ou d'aspect nacré, sans saveur, contenant moitié de son poids d'indigo blanc volatil. Le résidu de nouveau chauffé au chalumeau devient blanc, sa saveur est urineuse ou alcaline et hydro-sulfurée, acquiert un volume considérable en se boursoufflant.

Jeté dans l'acide nitrique, ce résidu s'y dissout avec effervescence, dégage de l'acide muriatique et de l'hydrogène sulfuré, et la solution demeure de couleur de pelure d'oignons.

### Série 9. — *Acide nitrique dilué.*

A soixante-quatre parties d'eau, et une d'acide nitrique, si l'on ajoute une partie d'*indigofère*, les pétioles seuls passent à la couleur jaune; et après douze heures les feuilles virent au gris presque plombé, en même temps que l'eau se colore et forme pellicule. Étant filtrée, elle dépose de l'indigo en se dégradant successivement.

L'indigo obtenu est de plusieurs nuances, et lors même que la liqueur est abandonnée à l'évaporation spontanée, elle ne cesse d'en donner, même après la formation des *mucors* qui recouvrent sa surface jusqu'à parfaite dessiccation. Dans cet état, on retrouve encore de très-bel indigo adhérant à la couche de *mucors*.

### Série 10. — *Acide muriatique dilué.*

Une partie d'acide muriatique, soixante-quatre parties d'eau, et huit parties d'*indigofère* abandonnées pendant douze heures, l'eau est à peine colorée après dix-huit heures, ne paraît pas augmenter sensiblement en couleur. Après ce temps, il se forme à sa surface une pellicule blanche, et l'indigo est rare et pâle; après la filtration, il passe au pourpre.

Le liquide continue à donner des traces d'indigo, jusqu'au moment où les *mucors* commencent à se former, et ainsi jusqu'à la fin, comme dans la série 8, mais moins beau, et en moindre quantité.

### Série 11. — *Potasse caustique.*

A soixante-quatre parties d'eau, une de potasse caustique, et huit parties d'*indigofère*, les feuilles reprennent une fraîcheur étonnante, ainsi qu'une brillante couleur verte, et ne paraissent pas altérées après douze heures.

Le mélange dégage seulement une odeur fragrante, comme de *fraises*. (*Inde nomen*).

Huit autres parties d'*indigofère* ajoutées, se comportent de la même manière, même après dix-huit heures. Cependant le liquide prend une teinte verte, et

si l'on coule avec expression, qu'on abandonne ce produit au repos, peu à peu il se précipite une féculе d'un beau vert, et qui passe à l'indigo. Le liquide contracte peu à peu une odeur fétide, tandis que l'indigo continue à se précipiter ou déposer. La surface du liquide se couvre d'une pellicule de couleur gris-verdâtre; si l'on filtre, il passe avec peine.

La liqueur évaporée donne par le repos un sel transparent (1), cristallisé en prismes obliques, à faces rhomboïdales, fusible dans son eau de cristallisation, exposé au feu devient mat, se boursoufflant fortement, prenant et passant successivement de la teinte gris-verdâtre au bleu indigo, laissant un charbon noir à reflets métalliques.

Série 12. — *Muriate oxigéné de potasse.*

Trente-deux parties d'*indigofère*, successivement ajoutées à cent vingt-huit parties d'eau et deux de muriate oxigéné de potasse, ont conservé et augmenté la belle couleur verte des feuilles sans paraître altérées.

Après trente-six heures l'eau prend une teinte verdâtre, et si l'on coule il se forme de l'indigo qui se dépose par le repos, en même temps que le liquide prend une odeur fétide. Alors une pellicule d'un blanc verdâtre, terne ou sale, couvre sa surface, et le liquide passe au vert, et filtre avec peine.

Série 13. — *Urine récente.*

Des feuilles d'indigofère mises en contact avec de l'urine, conservent long-temps leur fraîcheur. Le liquide se couvre de la pellicule métalloïde, devient excessivement infect, sans donner une trace d'*indigo*.

Série 14. — *Eau bouillante.*

Une livre d'*indigofère*, plongée dans huit livres d'eau bouillante, et abandonnée jusqu'à parfait refroidissement, a pris une superbe teinte verte. Exprimée et desséchée, elle perd sept onces six gros, et contracte une couleur bleue noirâtre.

Le produit liquide de l'infusion prend une couleur jaune brun. Évaporé avec précaution, ce produit fournit une once deux gros d'extrait de couleur brune, intense, âpre et amer, et attirant l'humidité atmosphérique.

L'alcohol en dissout cinq gros vingt-six grains. La partie insoluble étant chauffée jusqu'à la calcination, se boursouffle en dégageant une odeur presque animale, se charbonne; le charbon est d'un beau noir bleuâtre, à reflets irisés, difficile à incinérer; cendre de même volume que le charbon, de couleur inégalement blanche, avec une teinte de rose.

Il en résulte qu'une livre d'*indigofère*, préparé comme il a été dit, contient 9 onces 2 gros de la plante, résidu bien desséché; 6 onces 4 gros d'eau libre ou de végétation, 1 once 2 gros d'extrait aqueux, dont 5 gros 26 grains solubles par l'alcohol, 4 gros 46 grains insolubles, dont 277 grains ou 3 gros 61 grains, produit solide.

Série 14. — *Macération par les procédés ordinaires.*

Les expériences qui précèdent, nous ont fait voir les plantes *indigofères* (*indigoferæ*) absorbant le gaz oxigène en totalité, après avoir été préparées, ou après la séparation des différentes parties qui composaient la plante organiquement fixée sur le sol qui lui convient. Nous l'avons vue également donner naissance ou exhaler du gaz azote. Nous savons qu'elle décompose l'air atmosphérique pour s'emparer de l'oxigène qui y est contenu. Elle décompose également l'eau pour s'emparer du même principe, et ce phénomène a lieu, non-seulement à toutes les températures, mais encore dans toutes les circonstances où l'oxigène tient faiblement aux élémens auxquels il est combiné.

Mais ce phénomène n'a pas seulement pour but la séparation de l'indigo blanc et la formation de l'indigo bleu, puisque nous voyons la plante entière et vivante absorber l'oxigène atmosphérique, ce qui annonce un but particulier des organes propres, et un résultat inconnu.

Il en résulte que si l'on expose la plante à la macération, suivant les procédés ordinaires, il ne faut pas confondre les phénomènes qui en résultent avec ceux qui dépendent d'une simple fermentation; car à mesure que l'oxigène produit de la décomposition de l'eau se combine, il se dégage de l'azote qui, trouvant le gaz hydrogène libre, forme de l'ammoniaque gazeux. Ces gaz réagissent sur le soufre et le phosphore, élémens de la plante, les dissolvent et se dégagent à l'état de gaz hydrosulfuré ou phosphure ammoniacal, ou se dissolvent dans l'eau mise en excès.

Il en résulte que le liquide, produit de la macération, bien loin de présenter le phénomène d'un liquide se chargeant d'un autre produit solide, et qui, par conséquent, devrait augmenter sa pesanteur spécifique, devient au contraire spécifiquement plus léger à mesure que l'indigo se sépare (1), c'est en effet ce qui a lieu. Il n'est donc plus surprenant de voir l'eau de macération, quoique chargée des principes solubles qu'elle a dissous, devenir moins pesante que l'eau qui avait été employée : observation qui n'avait pas encore été faite, et qui est de la plus grande importance, en ce qu'elle nous conduit à une autre qui ne lui cède en rien.

C'est celle de la formation de l'indigo bleu, qui ne tient absolument qu'à un phénomène d'un moment : celui du passage des sulfures ou phosphures en l'état de phosphates et sulfates. Ce moment perdu, ou négligé, il est bien difficile d'y remédier et ramener le tout à l'état primitif sans de grandes pertes qui, malheureusement trop souvent, entraînent la totalité de la cuve ou du contenu du trempoir et de la batterie.

(1) Sel transparent, légèrement ambré, saveur légèrement acidule et amère. Ce sel est le résultat de la base indigo ou acide indigotique combiné avec la chaux et la potasse.

(1) Parce qu'elle redissout les gaz hydrosulfurés et phosphurés ammoniacaux.

D'après ce qui précède, nous voyons que le but du battage est de mettre en contact, avec le plus d'oxigène possible, chaque molécule de l'indigo radical ou blanc.

D'autre part, l'eau ne peut pas être décomposée, sans qu'en même temps la plante ne subisse la même altération. Mais à quel état de combinaison se trouvent les deux bases (1) dans la plante, pour opérer une suite de phénomènes aussi importans, et de quelle nature est cet acide, que j'appelle indigotique, dont la plupart des combinaisons sont susceptibles de prendre des formes régulières, et qui présentent presque toujours son radical colorant; ce qui m'avait décidé à le désigner sous l'épithète de cyanine ou cyanogyne.

Je regrette de ne pas avoir apporté avec moi la suite de ces observations, presque toutes du plus grand intérêt ainsi que l'analyse que j'en fis dans la même année 1811. Je ne puis qu'indiquer de mémoire les corps simples ou les composés essentiels que j'y trouvai, et qui sont :

Eau de végétation;
Extrait amer, en partie soluble dans l'alcohol, déliquescent;
Indigo blanc;
Acide indigotique et acide acétique combinés;
Phosphate de chaux pendant et après l'analyse;
Sulfate de chaux, *id.*;
Muriates de chaux et de soude;
Silice;
Alumine;
Fer;
Plus deux matières végétales analogues à la cire et à l'huile;
Et une substance particulière complètement soluble dans l'alcohol, contenue dans l'extrait amer déliquescent.

On jugera, d'après l'examen qui précède et l'exposition des principaux phénomènes qui accompagnent la formation de l'indigo bleu, quels sont les procédés que l'on doit préférer pour l'extraction de cette base colorante et précieuse, ainsi que les instrumens dont il faudra se servir pour suivre exactement le phénomène du changement de pesanteur spécifique de l'eau de macération, sur laquelle repose la plus grande partie de l'art de l'indigotier (2). Cette simple observation, ajoutée à la plus ou moins grande fétidité du liquide et à la coloration des feuilles en gris plombé, pourraient offrir une suite de faits propres à ramener tous les procédés de routine, ou autres, à un art réellement chimique.

A l'époque où je m'occupais de ces recherches, c'est-à-dire en 1811, je fis brûler de l'indigo bleu de fabrique, dans le gaz oxigène pur, et j'appris qu'il était volatil se sublimant sur les parois de la cloche, sous la forme de vapeurs violettes, s'y déposant en très-petits cristaux atomiques d'une couleur bleue pourpre intense.

J'en fis également détonner à l'aide du muriate de potasse, et remarquai sa vapeur violette pourprée.

(1) Soufre et phosphore.

(2) Le phénomène de la légèreté spécifique de l'eau est dû, comme je l'ai dit, aux gaz dissous; mais il cesse dès que l'indigo bleu est formé, alors l'eau non-seulement reprend sa première pesanteur spécifique, mais elle augment en proportion des principes dissous, en même temps qu'elle devient infecte, et change entièrement de nature, et si l'on prolonge l'opération l'indigo bleu se décompose et se détruit.

---

## OBSERVATIONS

### SUR LA FABRICATION DU CHLORATE DE POTASSE.

*Par* M. Vée, *pharmacien à Paris.*

La note extraite par M. Chéreau de la Gazette de pharmacie de Vérone, et relative à un nouveau procédé de fabrication du chlorate de potasse, dû à M. Ganussini, pharmacien italien m'engage à publier quelques détails sur un procédé analogue, au moyen duquel j'ai fabriqué, il y a sept à huit ans, d'assez grandes quantité de ce sel et avec un notable avantage. Cette circonstance ne me permit pas, dans l'intérêt de l'établissement auquel j'étais associé, de le faire connaître alors; d'ailleurs je le regardais encore comme fort imparfait lorsque je cessai de m'en occuper; j'avais toujours eu dessein de le reprendre et de le perfectionner, mais les obstacles qui s'y sont opposés jusqu'ici pouvant m'en empêcher long-temps encore, je le donne tel que je l'ai suivi; il pourra servir de point de départ à d'autres fabricans, et servir à diminuer le prix d'un sel dont la consommation deviendrait certainement fort considérable dans les arts si le commerce pouvait le livrer à meilleur marché qu'il ne l'a fait jusqu'à présent.

Exposons d'abord quelques-unes des considérations théoriques qui m'avaient guidé.

Quelqu'opinion que l'on adopte sur la nature des composés, vulgairement connus sous le nom de chlorures d'oxide dissous ou liquides, il est cependant hors de doute qu'ils contiennent des élémens propres à se transformer en totalité, par un nouvel ordre de combinaison en chlorates et en chlorures.

Le chlorate de potasse est un sel fort peu soluble à froid, et à cette insolubilité peut être attribuée dans un grand nombre de cas sa formation dans des liquides qui n'en contenaient pas, mais qui contenaient ses élémens combinés d'une autre manière, tels que les liquides décolorans dont nous parlions tout-à-l'heure.

En effet, nous arriverons au même résultat, soit que nous les considérions comme des mélanges en proportions définies de chlorites et de chlorures, soit que nous n'y voyons comme autrefois que des chlorures d'oxides; en adoptant pour un moment cette dernière hypothèse, non comme la véritable, mais comme propre à exposer notre idée de la manière la plus simple, nous trouverons le chlorure de potasse formé de deux atomes de chlore, un atome d'oxigène et un atome de potassium.

Les élémens du chlorate de potasse sont un atome d'acide chlorique, lequel est lui-même formé de deux atomes de chlore, de cinq atomes d'oxigène et d'un

atome de protoxide de potassium, formé par la réunion d'un atome d'oxigène et d'un atome de potassium, ce qui donne en tout, pour l'atome de chlorate de potasse, deux atomes de chlore, un de potassium et six d'oxigène; on voit que ses élémens sont de même nature que ceux du chlorure de potasse, mais qu'il contient seulement une plus forte proportion d'oxigène.

Donc, si on a une solution de chlorure de potasse assez concentrée pour que le chlorate de potasse puisse s'y former en vertu de son insolubilité, cinq atomes de chlorure d'oxide seront transformés en chlorure métallique, et les cinq atomes d'oxigène qu'ils abandonnent s'uniront à l'atome de chlore d'un sixième pour former un atome de chlorate. De telle sorte que si la réaction était complète, la liqueur ne contiendrait plus, lorsqu'elle serait terminée, que la petite quantité de chlorure d'oxide qui aurait été employée à former ce que le liquide pourrait retenir en dissolution à la température à laquelle on opère.

Mais si le liquide sur lequel on agit, au lieu de ne contenir que de la potasse, contenait au contraire cinq atomes de chaux et un atome seulement d'oxide de potassium, il est évident que le chlorate de chaux étant très-soluble, il ne s'en formera pas, et que l'on devra obtenir encore la même quantité de chlorate de potasse. Le calcium passera en entier à l'état de chlorure. Ce résultat était d'autant plus probable, que ce dernier chlorure est beaucoup plus soluble que celui de potassium.

On doit prévoir que l'on obtiendra encore du chlorate de potasse, si en présence de six atomes de chlorure de chaux en dissolution, dans des conditions de température et de concentration convenables, se trouve un atome d'un sel de potasse soluble et capable d'opérer, par double décomposition, celle d'un atome de chlorure ou de chlorate de chaux.

D'après cette manière de voir, cinq parties sur six de potasse, alcali fort cher, sont employées en pure perte dans l'ancien procédé de fabrication du chlorate; pour former du chlorure de potassium, il serait possible et très-économique de leur substituer la chaux, substance comparativement sans valeur; telle est l'idée mère du procédé que j'ai suivi il y a quelques années.

A cette époque, j'exploitais à Rouen une fabrique de produits chimiques, en société avec M. Gessard. Un ouvrier s'était offert de nous fabriquer du chlorate de potasse, d'une manière, disait-il, peu dispendieuse; son procédé consistait à décomposer le chlorure de chaux liquide par le sulfate de potasse, et à rapprocher ensuite les liqueurs pour les faire cristalliser; mais il se formait un magma énorme de sulfate de chaux qu'il fallait épuiser par des lavages fort longs; et, avant que toutes les liqueurs qui en provenaient ne fussent suffisamment concentrées, le chlorure d'oxide laissait dégager presque tout son oxigène, et on obtenait à peine des traces de chlorate.

En me basant sur les considérations que j'ai indiquées plus haut, et en admettant la formation du chlorate de potasse, par le seul fait de son insolubilité, il me semblait que si on obtenait une solution de chlorure de chaux suffisamment concentrée, et qu'on y introduisît, dans des proportions convenables, soit du chlorure de potasse, soit de la potasse, ou bien encore du chlorure de potassium, on convertirait le tout en chlorate de potasse et en chlorure de calcium; ce calcul pouvait être erroné : au moins des expériences postérieures de M. Berzélius tendent à le démontrer. D'ailleurs, il eût été nécessaire, pour obtenir ce résultat sans faire bouillir le liquide, de pousser la concentration des solutions de chlorure de chaux jusqu'à 28 ou 30°. B.; et j'essayai, en effet, d'en obtenir en saturant de chlore un lait de chaux assez épais, mais la solution ne pouvait jamais passer 23 ou 24° sans cristalliser et se prendre en masse.

Je me déterminai alors à ne pousser les solutions que jusqu'à 20° et à les faire concentrer par l'ébullition, en y ajoutant en même temps la quantité de chlorure de potassium nécessaire pour la formation du chlorate. Une portion de chlorure de chaux est décomposée pendant l'ébullition, il s'opère un dégagement très-vif d'oxigène. Les proportions dans lesquelles s'opère cette décomposition sont très-variables, comme on le verra plus bas, et contrairement à la manière de voir de M. Morin, de Genève. En rendant à son excellent mémoire toute la justice qu'il mérite, et que je lui dois d'autant plus, qu'à l'époque où il parut il contribua puissamment à rectifier mes idées sur la théorie de la fabrication dont je m'occupais alors depuis long-temps, je ne saurais en admettre à cet égard les résultats d'une manière absolue; on a vu plus haut un cas où la décomposition du chlorure a été presque totale, et il cite lui-même des expériences de Chénevix, dans lesquelles il a été obtenu une quantité de chlorate de potasse, double de celle indiquée par lui. Je crois avoir quelquefois obtenu effectivement cette dernière quantité dans le cours de ma fabrication. Voici, au surplus, les procédés par lesquels j'opérais.

On introduit dans quatre tourilles en grès 8 kilog. pour chacune de manganèse en morceaux de la grosseur du pouce. On place ces tourilles sur un fourneau à bain de sable, ayant quatre foyers séparés. On ajuste à chacune un tube de plomb ou de verre qui plonge dans un récipient qui doit être profond et peu large, et contenir 4 kilog. de chaux vive, délayée dans à peu près 40 litres d'eau; on verse dans chaque tourille 25 kilog. d'acide hydrochlorique, on assujettit les tubes, on couvre les récipiens avec une feuille de plomb que l'on lute avec de la chaux en pâte, et que l'on charge avec quelques poids pour pouvoir comprimer le gaz qui ne serait pas absorbé dans quelques momens où le dégagement devient trop rapide. Lorsqu'il commence à se ralentir, on chauffe les tourilles et on remue de temps en temps la chaux qui se dépose alors au fonds des récipiens.

L'opération finie, si on a employé du manganèse de bonne qualité, on obtient des solutions de chlorure de chaux à 12 ou 13°, B. On laisse déposer, on décante, et le dépôt, qui est formé d'un petit excès de chaux et de sous-chlorure de chaux insoluble, est mis à égoutter et lavé par filtration.

On reprend les solutions obtenues, on y délaie encore 4 kilog. de chaux, préalablement éteinte, et on y fait passer de nouveau un courant de chlore, produit par les mêmes quantités d'acides et de manganèse; seulement, comme il y a eu la première fois un excès de ce dernier, on lave le résidu, on le pile et on le fait entrer dans les 8 kilog, dont les tourilles doivent se trouver

chargées, de cette manière on n'a à ajouter que 6 à 7 kilog. à chaque opération.

Celle-ci doit porter la solution de chlorure de chaux à 18 ou 20°, elle est décantée comme la première, le résidu insoluble soumis à un lavage, les liqueurs de lavage réunies servent en place d'eau pure pour recommencer une nouvelle opération.

Lorsqu'on a remis les produits de deux opérations en solutions concentrées de chlorure de chaux, on les met dans une chaudière de plomb ou de fonte, et on fait dessous le feu le plus vif possible; lorsqu'elles commencent à chauffer, on y fait dissoudre un peu de chlorure de potassium, en quantité suffisante pour faire monter la liqueur de trois ou quatre degrés à l'aéromètre de Baumé; alors on les fait évaporer le plus promptement possible jusqu'à 30 ou 31 du même aréomètre. Il faut veiller attentivement pendant les premiers momens de l'ébullition, parce qu'il se produit quelquefois un dégagement d'oxigène si considérable, que la liqueur pourrait être précipitée par-dessus les bords de la chaudière, tandis que quelquefois aussi ce dégagement est à peine sensible.

Les liqueurs concentrées sont mises à cristalliser dans des terrines placées dans un local dont la température soit la plus basse possible, il s'y dépose un mélange de chlorate de potasse et de chlorure de potassium, en porportions fort inégales selon les opérations. Les eaux mères sont reprises et évaporées jusqu'à 36°. Elles laissent cristalliser une nouvelle quantité de chlorure de potassium; alors elles ne contiennent presque plus que de l'hydrochlorate de chaux, retenant pourtant encore une assez forte saveur de chlore.

Les sels bruts, provenant de la première cristallisation, sont dissous, et la solution, portée à 15 ou 16° est filtrée dans des terrines, elle donne du chlorate de potasse pur; rapprochée ensuite à 18°, elles en donnent quelquefois une nouvelle quantité, mais le plus souvent il est mêlé d'une forte proportion du chlorure de potassium; après cette nouvelle concentration, elles ne retiennent presque plus que ce dernier, et sont évaporées pour l'obtenir.

Les produits de deux opérations, dosées comme nous l'avons indiqué plus haut ou de 112 kilog. de manganèse et de 400 kilog. acide hydrochlorique, ont varié entre 9 et 17 kilog. de chlorate de potasse. Voici les produits obtenus successivement d'une série d'opérations faites dans le même temps et exactement de la même manière et qui ont cependant présenté, comme on va le voir, les plus fortes variations :

| | |
|---|---|
| 1°. . . . . | 9 kilog. d. |
| 2°. . . . . | 14 20 |
| 3°. . . . . | 10 » |
| 4°. . . . . | 15 » |
| 5°. . . . . | 15 20 |
| 6°. . . . . | 16 |
| 7°. . . . . | 10 |
| 8°. . . . . | 17 |

On voit une grande différence dans les résultats d'opérations semblables; on a cru s'apercevoir, et cela doit être, que lorsque les solutions de chlorure de chaux auraient laisser dégager beaucoup d'oxigène pendant leur évaporation, elles donnaient moins de chlorate, mais la difficulté n'est que reculée sans être résolue, pourquoi la quantité d'oxigène dégagée par l'application de la chaleur n'est-elle pas toujours égale? Cela mérite d'être étudié, car de la solution de ce problème dépend le plein succès d'un procédé qui, comme on vient de le voir, a donné quelquefois, d'une manière commode et peu dispendieuse, des quantités considérables de chlorate de potasse, et que des essais, faits en petit, m'avaient promis devoir être plus considérables encore.

On pourrait peut-être déduire dès à présent, des précédentes observations, que les quantités de chlorures d'oxide, décomposées par la chaleur appliquée postérieurement à leur formation, ne sont pas toujours les mêmes dans des circonstances en apparence identiques. Cependant, ces composés sont si peu stables, qu'un accident physique quelconque, tel que l'état ou la nature des vases évaporatoires, ou une substance étrangère, inaperçue, mêlée ou suspendue dans la liqueur, aura pu déterminer le vif dégagement d'oxigène qui nous privait dans certains cas du produit que nous obtenions dans d'autres.

Ces circonstances sont certainement appréciables, et je me propose de les étudier encore; cependant comme je pense qu'elles le seraient plus utilement dans des opérations en grand, et que je ne m'y livre plus, j'ai cru devoir faire connaître ces observations, afin qu'elles puissent profiter aux fabricans qui viendraient se livrer à ces recherches.

Pourtant, il est un fait qui me paraît hors de doute et que je soumets à leur attention : c'est que, quelque procédé qu'on adopte, il doit être possible et économique de substituer la chaux et un sel de potasse à bon marché, à la solution de carbonate de potasse qui a été employée jusqu'ici.

# JOURNAL
# DE CHIMIE MÉDICALE,
## DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;

RÉDIGÉ PAR MM. CHEVALIER, DUMAS, FÉE, GUIBOURT, JULIA-FONTENELLE, LASSAIGNE, ORFILA, PAYEN, PELLETAN, PELOUSE, ACH. RICHARD, ROBINET.

(MAI 1833.)

### RÉSUMÉ

*De quelques recherches sur l'influence que peut exercer le régime alimentaire dans les phénomènes chimiques de la respiration ;*

*Par* MM. LASSAIGNE *et* YVART.

Dans un mémoire qui vient d'être inséré dans les *Annales de chimie et de physique* (décembre 1832), MM. Macaire et Marcet se sont proposé de rechercher si l'azote qu'on retrouve dans la composition des substances animales provenait, 1° de celui qui est contenu dans les alimens dont les animaux se nourrissent ; 2° si ceux-ci le puisaient dans l'air par la respiration ; 3° enfin, s'ils jouissaient de la propriété de le créer de toutes pièces.

La première de ces propositions semble en partie résolue, quand on considère que toutes les substances réputées alimentaires, soit seules, soit mélangées ensemble, admettent toujours au nombre de leurs principes une plus ou moins grande quantité de matière azotée ; quant à la deuxième proposition, les auteurs que nous avons cités plus haut n'ont point fait d'expériences directes pour s'assurer si cette conjecture pouvait être vérifiée.

Occupés depuis plusieurs mois de la solution de cette partie de la question, nous nous sommes, depuis cette époque, livrés à des expériences assez multipliées, dans le but de rechercher *si un même animal soumis d'abord à un régime composé d'alimens plus ou moins azotés, et ensuite nourri avec des substances dépourvues complètement d'azote, produirait sur l'air qu'il respirerait des changemens appréciables.*

Les belles expériences de MM. Dulong et Despretz sur les phénomènes chimiques de la respiration, et les différences que ces habiles expérimentateurs ont observées d'une espèce à une autre espèce d'animal, nous faisaient penser, avec quelque fondement, que cette question, envisagée sous ce point de vue, nous conduirait peut-être à des résultats nouveaux ou peu connus.

Quoique nous n'ayons pas encore terminé ce travail qui se trouve, par sa nature, hérissé de plusieurs difficultés, la publication des résultats importans qu'ont obtenus MM. Macaire et Marcet, nous engage à faire connaître aujourd'hui un extrait de nos recherches, nous proposant, par la suite, de les étendre et de les poursuivre autant qu'il sera en notre pouvoir.

Les animaux sur lesquels nous avons expérimenté sont, à la vérité, de petits quadrupèdes de l'ordre des mammifères (mulot, souris et cochons-d'Inde). Ils ont été alternativement nourris pendant un certain temps avec du *pain de froment* et des racines, telles que *carottes, pommes de terre, navets.* C'est sous l'influence de ce régime alimentaire, qui leur paraît d'ailleurs favorable, que nous avons commencé nos expériences.

Pour déterminer sous ces conditions quels changemens ils pouvaient faire éprouver à l'air qu'ils respiraient, nous les avons placés, à défaut de l'appareil si ingénieux imaginé par M. Dulong, dans un manomètre suffisamment grand, de manière à ne pas gêner leurs mouvemens, et nous les y avons laissés un temps assez court pour qu'ils ne pussent pas ressentir de souffrance en respirant trop long-temps le même air.

Après avoir fait de cette manière une série d'expériences sur chaque animal, en prenant toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur, nous les avons isolés, en ne leur présentant pour toute nourriture qu'une pâte avec *du sucre blanc, très-pur, de la fécule de pomme de terre* et de *l'eau distillée.* Nos animaux, sous ce régime particulier, n'ont pu vivre long-temps, bien qu'ils eussent mangé une plus ou moins grande quantité de cette préparation. Nous avons observé que les souris et le mulot ont supporté mieux et plus long-temps ce régime que les cochons-d'Inde. La durée de la vie a été de 15 jours pour les souris, et à peine de 8 jours pour le cochon-d'Inde, soumis à la même expérience. Quant au mulot, un accident nous l'a laissé échapper quelques jours avant la mort des souris, de manière que nous n'avons pu constater s'il supportait ce régime autant de temps que les souris.

Nous avons remarqué sur le cochon-d'Inde une di-

minution très-sensible tous les jours, à partir du moment où il a été soumis au régime d'alimens non azotés; elle a été telle, qu'immédiatement après sa mort il avait perdu les 38/100 de sa masse, ou plus d'un tiers.

Voulant voir ce qui arriverait à un animal placé dans des circonstances tout-à-fait opposées, nous avons introduit dans un vaste bocal un autre cochon-d'Inde, en ne lui présentant pour toute nourriture que de la viande cuite. Cet animal est mort en moins de 3 jours, dans un état de maigreur extrême; il avait à peine touché la surface de la viande avec ses incisives, et son poids, après la mort, avait diminué de 33/100e, ou 1/3.

Les seules conséquences que nous pouvons en ce moment déduire de la série d'expériences que nous avons entreprises jusqu'à ce jour, sont les suivantes :

1° Les animaux soumis aux deux genres de nourriture exposés ci-dessus ont laissé exhaler constamment une petite quantité d'azote, dont la proportion s'est élevée de 7 à 8 millièmes, sur celle qui existait dans l'air avant la respiration.

2° La proportion d'acide carbonique produite dans le même acte de la respiration, s'est trouvée presque la même pour les souris et le mulot nourris avec des alimens azotés ou non azotés; mais elle a été plus grande sur le cochon-d'Inde nourri avec des substances azotées, que sur le même animal mis au régime du sucre et de l'amidon; ces quantités étaient entre elles :: 100 : 54. Dans les deux cas, elles n'ont jamais représenté que la moitié de l'oxigène qui avait disparu par l'acte de sa respiration.

3° Une portion d'oxigène a été absorbée pendant la respiration de nos animaux, et cette quantité a été plus grande sur le cochon nourri d'alimens azotés, que sur ce même animal soumis ensuite au régime opposé. Le rapport a été :: 100 : 80.

4° Enfin, aux différentes époques que nous avons expérimenté sur le cochon-d'Inde mis à la diète d'alimens azotés, nous avons remarqué que cet animal était dans un état de souffrance très-apparent, et que la température de sa peau s'est abaissée de 4 à 5 degrés au-dessous de celle qu'elle a dans l'état ordinaire.

---

## OBSERVATIONS

### *Théoriques et pratiques sur la vitrification?*

*Par* A. Baudrimont et J. Pelouze.

L'art de la verrerie, presque entièrement du domaine de la chimie, atteignit le haut degré de perfection qu'il possède actuellement, presque sans le secours de cette science. Une longue pratique et des observations techniques ont pu remplacer les théories scientifiques, qui naguère étaient encore à créer. Bosc d'Antic s'occupa principalement de la confection des fourneaux et des creusets, puis de la fabrication et du travail du verre. Loysel fit beaucoup d'expériences fort intéressantes et d'une assez grande précision; mais il pensait que, dans le verre, la chaux était unie à la potasse. M. Bastenaire Daudenard, en composant un ouvrage utile, copia ce dernier. Chaptal fit aussi des expériences fort intéressantes, mais plutôt dirigées vers un but pratique que vers un but théorique. Il y a tout au plus trois ans que parurent les travaux de M. Dumas, et aujourd'hui l'art de la verrerie a atteint le niveau des autres arts chimiques.

Avant la publication des travaux de ce savant chimiste, l'un de nous, appelé pendant près d'une année à diriger la partie chimique d'une verrerie faisant la gobeletterie, put observer quelques faits particuliers, et faire quelques recherches analytiques pour éclaircir la théorie de la vitrification. La plupart des résultats que nous avons obtenus étant conformes à ceux que M. Dumas avait donnés, nous ne publions que les faits qu'il n'a pas mentionnés, et quelques points théoriques qui s'éloignent de sa manière de voir.

### *Vitrification de la baryte.*

Deux verreries à bouteilles des environs de Valenciennes faisaient usage d'une substance qu'un Belge leur vendait sous le nom de spath, et dont il ne connaissait pas la nature; c'était le spath pesant ou le sulfate de baryte naturel. Le sulfate de baryte que nous avons employé venait de la Belgique. Nous n'avons pu connaître son gisement, parce que celui qui le vendait en faisait un secret pour en conserver le commerce. Il coûtait 30 francs les mille livres rendues à Valenciennes. Il était en fragmens cristallins, d'une couleur jaunâtre, et sali par des matières étrangères que l'on pouvait enlever par des lavages. Plus tard, le même marchand nous fit voir un assez beau morceau de spath calcaire, en demandant si c'était toujours la même substance. Peut-être en a-t-il vendu à quelques verreries pour du sulfate de baryte.

Les verriers avaient reconnu que le verre dans lequel cette matière entrait, était plus dense, plus homogène, plus fusible, et se travaillait plus facilement. Ils avaient encore remarqué que cette matière avait du fondant (1).

Voulant vérifier le fait, nous fîmes un mélange dans le rapport de la formule suivante : $\dddot{S}\,\dot{B}a + 3\,\dddot{S}\,\dot{N}a\,2C + \dddot{S}i$ (2) quantité suffisante $= (\dot{B}a + 3\,\dot{N}a$

---

(1) Les verriers donnent le nom de fondant à tout ce qui, dans la vitrification, peut servir à dissoudre du sable; à ce titre, on peut être étonné d'entendre dire par un fondeur, qu'un sable a plus de fondant qu'un autre; mais leurs observations sont si précises sur les doses d'alcali et de sable qui peuvent se vitrifier ensemble, que l'examen des sables vérifie leurs assertions. Le sable le moins volumineux est celui qui a le plus de fondant. Cela s'explique facilement, en faisant attention que, pour les fondeurs, la durée de la fonte des matières vitrifiables indique le rapport de ces matières. L'action des alcalis étant d'autant plus rapide que la surface du sable est plus étendue, on voit que le sable le plus fin, ou celui qui sous un poids donné présente plus de surface, est celui qui doit avoir le plus de fondant.

(2) Nous donnons cette formule à la silice, à cause de

$+ \underline{Si}$ q s : = verre) + ($\dot{S}$ 42 + C = matières volatiles). Ce mélange, placé dans un four de verrerie, se vitrifia facilement. Le verre qui en résulta pouvait se travailler un peu au-dessus du rouge cerise, et avec autant de facilité que le verre plombifère, dont il avait presque l'éclat.

Relativement à leur éclat, les verres peuvent être ainsi classés, en allant du plus ou moins : Verres à base d'oxide de plomb, de baryte de potasse, de soude. Il est à remarquer que cet éclat est en rapport avec les poids des atomes basiques qui entrent dans la composition du verre, avec sa densité, sa fusibilité et sa puissance réfractive. On peut penser que c'est à la faible réfraction du verre à base de soude qu'il faut attribuer son peu d'éclat et la teinte verdâtre qu'il semble posséder (1).

### *Vitrification du sulfure de plomb.*

Les sulfures ne contenant pas d'oxigène paraissent ne pouvoir être employés dans la fabrication du verre, en cherchant à les unir à la silice. On sait que le sulfure de plomb, sous le nom d'alquifoux, est employé pour faire un émail qui colore en noir, et qui sert de couverte à certaines poteries communes. Nous avons cependant cherché à le vitrifier en essayant d'oxigéner le métal et de chasser le soufre. Nous y sommes parvenus par la formule suivante $\dot{S}\,\dot{P}b + 3\,\dot{S}\,\dot{N}a + \underline{\dot{S}i}$ q. s. = ($\dot{P}b + 3\,\dot{N}a + \underline{\dot{S}i}$ q. s. = verre) + 4 $\dot{S}$ volatil. L'acide sulfureux se dégage, et les autres matières s'unissent pour former un verre qui jouit de propriétés analogues à celles du cristal, si ce n'est qu'il a un peu moins d'éclat, parce qu'il contient moins d'oxide de plomb, mais le verre que l'on pourrait fabriquer avec la galène, si l'on en rencontrait d'assez pur, serait d'un prix peu élevé, parce qu'en même temps il serait fait avec le sulfate de soude qui est aussi à très-bon marché; et dans le commerce, il pourrait facilement remplacer le verre blanc de la gobeletterie.

### *Emploi de la vase de mer pour faire du verre à bouteilles.*

Plusieurs verriers des environs de Valenciennes emploient la vase de mer des côtes de Dunkerque pour faire du verre à bouteilles. Ils nous ont assuré que cette vase fondue seule donnait du verre propre au travail, mais fragile et peu dense. Curieux de connaître la décomposition de cette matière, nous l'avons soumise à l'analyse.

Cette vase, molle comme l'argile, est d'un brun bleuâtre elle jaunit d'abord à sa surface, puis dans toute son épaisseur, lorsqu'elle se dessèche. Elle renferme du sable granulaire, quelques débris de coquilles de mollusques, et présente une odeur qui rappelle son origine. Elle contient :

| | |
|---|---|
| Silice | 43,75 |
| Alumine | 13,82 |
| Charb. de chaux | 36,28 |
| Peroxide de fer | »,63 |
| Chl. de sodium et sulfate de soude | 2,75 |
| Mat. organique contenant du soufre | 1,86 |
| Traces d'iode, perte | »,91 |
| | 100,00 |

Il faut ajouter à ces matières une quantité d'eau qui varie depuis 1,60 jusqu'à 10 à 12 pour cent.

Cette composition paraît se rapprocher d'un verre de bouteille analysé par M. Dumas (*Traité de chimie*, tome II, page 543) ; mais la dose des matières alcalines y est beaucoup plus faible, et peut faire douter que cette espèce d'argile marneuse soit vitrifiable sans addition. Dans tous les cas, nous pouvons affirmer qu'elle est employée dans des compositions où nous l'avons vu faire entrer,

### *Remarques sur l'emploi des sels de soude dans la vitrification.*

La soude passe pour détruire les creusets beaucoup plus promptement que la potasse, lorsqu'on la substitue à cette dernière dans la vitrification. Le fait est vrai ; mais la soude détériore moins les creusets qu'on ne le pense communément. Telle est la cause qui fit propager cette erreur : ceux qui, les premiers, firent usage de la soude, la croyaient semblable à la potasse, et en consommaient une aussi grande quantité que s'ils avaient employé cette dernière. Or, comme la capacité de saturation de la soude est beaucoup plus grande que celle de la potasse, et que la soude est beaucoup moins volatile, la quantité qui se trouvait en excès attaquait les creusets avec une grande facilité. Cet excès était d'autant plus notable, que la potasse elle-même était employée en trop grande quantité. Relativement aux doses de carbonate de soude que l'on peut substituer à celles de carbonate de potasse, voici quelles sont les observations que nous avons faites : 100 parties de potasse de 55 à 58° fondent 200 parties de sable, tandis que la même quantité de sel de soude à 73° en fond 300 parties à la même température.

Leurs capacités de saturation pour la silice sont : : 1 : 1,5, nombres excessivement rapprochés du rapport inverse des poids de ces bases.

Nous avons également remarqué que des sels de soude en partie caustiques, ne marquant au plus que 73°, fondaient jusqu'à 305 parties de sable dans les mêmes circonstances que ceux qui précèdent. Ces ob-

1 N.

---

sa grande analogie avec l'acide borique et l'alumine que nous représentons ainsi $\dddot{\overline{X}}$. Nous ferons remarquer ici que le peroxide de fer, dont la formule est bien connue, l'alumine et la silice, cristallisent tous trois dans le système rhomboédrique.

(1). Le diamant étant le corps qui réfracte le plus la lumière, et qui a le plus d'éclat, ne laisse pas de doute sur le rapport qui existe entre l'éclat et la réfraction. M. Brongniart a fait remarquer que les corps qui réfractaient beaucoup la lumière, en réfléchissaient aussi une grande quantité. *Dict. des Sc. nat.* art. *Minéralogie*.

servations sont aussi exactes que possible ; car il suffirait d'ajouter une seule partie de sable pour qu'il retardât la fonte et restât en grains dans le verre. Nous avions d'abord pensé que cela tenait à l'état caustique de la soude, qui facilitait son action sur le sable ; mais nous vîmes ensuite que cela tenait à une quantité plus petite d'acide carbonique, qui se trouvait remplacée par du sulfate de soude qui vitrifie également la silice. En conséquence, les verriers doivent avoir du bénéfice à acheter de la soude caustique.

100 parties de sulfate de soude fondent 200 parties de sable. Ce résultat était facile à prévoir ; car 100 parties de carbonate de soude contiennent une quantité d'alcali qui est à celle du sulfate de la même base : : 3 : 2.

Nous avons encore remarqué que des salins très-colorés par une matière organique (ulmine ?) ne marquant que 33, 35 et 40°, fondaient autant de sable que des potasses incolores marquant 55°. Cela tenait-il à la présence de la matière organique qui facilitait la décomposition du sulfate de potasse contenu dans ces salins ?

Ces salins-là ne donnent pas de sel de verre, qui est composé de sulfate de potasse, de chlorure de potassium, et d'une quantité minime de sulfate de chaux.

Ayant observé qu'en ajoutant une petite quantité de charbon à des compositions renfermant des potasses incolores, on empêchait aussi la formation du sel de verre, la supposition précédente devient d'autant plus probable.

Nous avons observé que des cendres parfaitement lessivées étaient fusibles sans aucune addition, et que dans un four chauffant bien, elles pouvaient même dissoudre du sable. Cela tient à ce que les cendres contiennent du silicate de potasse non saturé de silice. Les cendres calcinées deviennent plus denses et plus alcalines, parce que la potasse se trouve disséminée dans une moindre quantité de matières qui lui sont étrangères. Les silicates de potasse contenant d'autant plus de silice que la température à laquelle on les a préparés est plus élevée, il doit arriver en même temps que les cendres calcinées donnent des résidus de lavage très-riches en potasse, et des lessives moins alcalines que celles qui auraient été produites par une même masse de cendres non calcinées.

Les salins du Cambrésis, provenant de cendre de colza, qui, comme toutes les crucifères, contient du soufre, renferment beaucoup de sulfate de potasse et très-peu de carbonate.

*Emploi du charbon pour décomposer les sulfates.*

Ceux qui emploient le sulfate de soude pour faire du verre, ajoutent quelquefois du charbon à la composition à vitrifier, pour favoriser la décomposition de ce sulfate. Si l'on dépasse la dose de charbon indiquée par cette formule :

$2\,\dddot{S}\,\dot{N}a) + C = (2\,\dot{N}a) + (2\,\ddot{S}) + \ddot{C}$, le verre est coloré en jaune d'arbre, si l'excès de charbon est très-petit ; et en noir de jayet, si l'excès est beaucoup plus grand.

Nous avons vu par expérience que le sulfate de soude ne se décompose pas directement en soude, d'un part, et en produits de l'acide sulfurique d'autre part, par l'influence du charbon, mais bien par celle de la silice. En traitant ce sel par différentes quantités de charbon, on peut se proposer d'obtenir du sodium, de la soude ou du monosulfure de sodium ; ainsi que l'indiquent les formules suivantes :

$(\ddot{S}\,\dot{N}a + C = Na + \ddot{S} + \ddot{C})$, $(2\,\ddot{S}\,\dot{N}a + C = 2\,\dot{N}a + 2\,\ddot{S} + \ddot{C})$, $(\dddot{S}\,\dot{N}a + 2\,C = S\,Na + 2\,\ddot{C})$. Dans ces trois cas différens, on obtient un mélange de sulfure de sodium, de carbonate de soude, de soude caustique et de charbon. Toutefois, ces matières sont en proportions très-variables. La seconde formule surtout donne beaucoup de soude caustique, et d'excellens creusets de Paris sont toujours percés.

Dans une prochaine note nous publierons quelques analyses de différentes sortes de verres, et des considérations générales sur la manière dont on peut envisager leur composition.

---

## SUR LA COMPOSITION ÉLÉMENTAIRE

*Du chyle des animaux herbivores et carnivores, du sang veineux et artériel chez ces mêmes animaux.* (*Extrait des* Annales de chimie et de physique, *tome* 51, *page* 371.)

MM. Macaire et Marcet, dans une suite de recherches fort importantes sur l'origine de l'azote qu'on retrouve dans la composition des substances animales, ont été amenés à reconnaître que le chyle et le sang, considérés dans les animaux herbivores et carnivores, avaient, à peu de chose près, la même composition élémentaire.

Ces faits semblent démontrer que, quelle que soit l'espèce des alimens, les animaux, au moyen d'appareils digestifs fort semblables entre eux, quoique offrant cependant des variétés de formes notables, en extraient un chyle identique dans sa composition chimique.

Les résultats qu'ont obtenus ces physiologistes sur le chyle du chien et du cheval, sont les suivans :

| | Chyle de chien. | Chyle de cheval. |
|---|---|---|
| Carbone. . . . . | 55,2 | 55,0 |
| Oxigène. . . . . | 25,9 | 26,8 |
| Hydrogène. . . . . | 6,6 | 6,7 |
| Azote. . . . . | 11,0 | 11,0 |

Après avoir constaté l'identité de composition chimique élémentaire des chyles animal et végétal, ils se sont assurés qu'il en était de même à l'égard des sangs veineux et artériel chez les mêmes animaux.

Quoiqu'on n'eût pas encore indiqué de différence marquée entre les sangs veineux et artériel comparés sur un même animal, MM. Macaire et Marcet, en soumettant ces liquides à l'analyse élémentaire, ont démontré, comme on l'avait admis, mais non encore prouvé, que le sang veineux était plus carboné que le sang artériel.

Voici les résultats qu'ils ont obtenus :

| | Sang artériel du lapin. | Sang veineux du lapin. |
|---|---|---|
| Carbone. . . . . | 50,2 | 55,7 |
| Azote. . . . . | 16,3 | 16,2 |
| Hydrogène. . . . . | 6,6 | 6,4 |
| Oxigène. . . . . | 26,3 | 20,7 |

## NOTE

### SUR LA DÉCOCTION MERCURIELLE, DITE EAU DES NÈGRES (1);

*Par* J. Girardin,

Professeur de chimie à Rouen, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

De tout temps les médecins et les pharmacologistes ont prétendu que l'eau, en bouillant pendant plusieurs heures sur le mercure coulant, acquérait une propriété anthelmintique très-prononcée : aussi ont-ils recommandé l'emploi de cette préparation dans le traitement des maladies vermineuses des enfans. Boerrhaave, Lentilius, d'Andry, Baglivi, Poncet, etc., ont soutenu cette opinion et contribué à la répandre. Lémery fils cependant, et Boerrhaave lui-même, avaient reconnu qu'en faisant bouillir pendant un grand nombre de fois des quantités d'eau très-considérables sur un poids déterminé de mercure, ce métal ne perdait aucunement de son poids; ce qui engagea le premier à mettre en doute la vertu attribuée à la décoction mercurielle. Quelques médecins allèrent encore plus loin que les auteurs cités plus haut, puisqu'ils supposèrent en outre à cette décoction des propriétés antisyphilitiques très-énergiques. Grashuys, en 1724, parle, en effet, de la vertu antivénérienne communiquée à l'eau par le mercure, et avance que ce dernier perd, en servant à cette opération, son efficacité ordinaire, et ne peut plus détruire les insectes. Des auteurs plus modernes, tels que Macquer (*Dictionnaire de chimie*, tom. 2, pag. 546), Klaproth et Wolff (*Dictionnaire de chimie*, tom. 3, pag. 92), Desbois de Rochefort (*Cours élémentaire de matière médicale*, tom. 1, pag. 213), Schwilgué (*Manuel médical*, pag. 38), Fourcroy (*Système des connaissances chimiques*, tom. 5, pag. 308), MM. Bard et Cullerier (*Dictionnaire des sciences médicales*, article *Mercure*), etc. etc., ont reproduit dans leurs ouvrages l'opinion de leurs devanciers, sans toutefois y ajouter une aussi grande confiance. Beaucoup de praticiens de notre époque préconisent encore cette préparation et l'administrent à leurs malades. Nous ne sommes cependant plus au temps où l'on croyait aux émanations insensibles des corps; nos connaissances chimiques sont trop avancées pour que l'on puisse admettre avec quelque apparence de raison, que de l'eau en contact avec un corps complètement insoluble, le mercure par exemple, acquiert des propriétés particulières. Il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, que le mercure se transformât en deutoxide rouge, qui jouit d'une légère solubilité, ou qu'après s'être oxidé, il se combinât à quelque substance capable de former avec lui un composé soluble. Or, l'expérience a depuis long-temps démontré que si ce métal peut s'oxider par son exposition prolongée au contact de l'air, il n'en est plus de même lorsqu'il est baigné par l'eau, soit à la température ordinaire, soit à celle de 100 degrés. L'on pourrait peut-être prétendre que, comme l'eau employée n'est jamais parfaitement pure, les sels qu'elle contient ont de l'influence sur l'altération du métal, et déterminent la formation de quelque sel mercuriel plus ou moins soluble. Quoique cet argument n'ait pas une grande valeur, on ne peut néanmoins en démontrer la fausseté que par l'expérience, et jusqu'ici rien n'a été tenté dans ce but.

Ayant eu l'occasion, il y a deux ans, de préparer de la décoction mercurielle pour un médecin de ma connaissance qui voulait en faire usage dans sa pratique, je profitai de cette circonstance pour m'assurer si réellement cette décoction renfermait quelques traces de mercure, et savoir enfin à quoi m'en tenir sur la nature et les propriétés de cette antique préparation. Je me livrai à ces essais avec d'autant plus de soin, que leurs résultats devaient servir à démontrer la justesse d'une vieille opinion, qui jusqu'alors ne reposait sur aucun fait bien avéré, ou à détruire à toujours un de ces nombreux préjugés que personne n'ose combattre, à cause de l'espèce de consécration que le temps leur a donnée.

1° J'ai pris un poids déterminé de mercure coulant parfaitement pur, c'est-à-dire exempt de bismuth, d'étain, de plomb, ou autres métaux étrangers qui se trouvent souvent dissous dans le mercure du commerce, en bien faible proportion, il est vrai, puisqu'il suffit tout au plus d'un centième de l'un d'eux pour diminuer sa liquidité, et lui communiquer la propriété de faire la *queue*, comme on dit en termes techniques. J'ai fait bouillir pendant trente-six heures de l'eau sur ce métal, et j'ai ramené le liquide à un très-petit volume, afin que la présence du mercure, s'il s'en trouvait, de quelque manière que ce fût, devînt plus sensible aux réactifs.

Le mercure employé n'avait rien perdu de son poids primitif.

Le produit de l'ébullition n'avait aucune odeur, aucune saveur. Une portion évaporée jusqu'à siccité à une douce température, ne laissa aucun résidu.

Une lame de cuivre bien décapée resta plongée pendant quelques jours dans ce liquide; elle ne perdit ni son éclat, ni sa couleur. Le barreau aimanté ne présenta également aucun phénomène.

Les réactifs suivans :
Eau de chaux,
Ammoniaque,
Hydrosulfate de potasse,
Chlore liquide,
Hydro-ferro-cyanate de potasse,

(1) C'est le nom que Fourcroy, dans ses cours, donnait à cette préparation employée dans les colonies comme antisyphilitique et vermifuge.

Hydrocyanate de potasse,
Hydrochlorate de soude,
Chromate de potasse,
Hydriodate de potasse,
Acide gallique,
Teinture de noix de galle,
Dissolution de gélatine, etc.,
n'y occasionèrent aucune coloration ou précipité quelconque.

Il en fut de même d'un courant de gaz hydrogène sulfuré que j'y fis passer pendant plus de deux heures.

2° Voulant reconnaître si les sels contenus habituellement dans l'eau de rivière pourraient avoir quelque influence sur l'oxidation du métal, et déterminer la formation d'un composé mercuriel quelconque, j'ai employé pour de nouvelles expériences de l'eau de Seine, et même une eau plus riche en matières solides que celle-ci, l'eau d'un puits; mais dans l'un et l'autre cas, les résultats que j'ai obtenus ont été entièrement conformes aux précédens.

3° Le mercure sur lequel je fis les essais que je viens de relater, était pur. J'ai répété les mêmes opérations avec du mercure tenant en dissolution quelques centièmes de métaux étrangers, du plomb, du bismuth, de l'étain, dans la supposition que ces métaux pourraient faciliter l'action de l'eau sur lui, ou peut-être les dissoudre eux-mêmes, et communiquer alors à l'eau des propriétés particulières que l'on aurait attribuées à la présence du mercure. Toutes mes tentatives pour retrouver dans l'eau la moindre trace, soit du mercure, soit des autres métaux, ont été infructueuses.

4° Depuis l'époque où ces essais ont été terminés, la chimie analytique s'est enrichie de plusieurs moyens ingénieux propres à démontrer la présence du mercure, ou plutôt de ses composés, dans un liquide quelconque. Parmi ces moyens, celui indiqué par M. James Smittson, et perfectionné par le professeur Orfila, est un des plus simples et des plus certains. Ce procédé, comme l'on sait, consiste dans l'emploi d'une petite pile électrique faite avec un anneau d'or recouvert d'une feuille d'étain roulée en spirale, appareil que l'on plonge dans la liqueur où l'on soupçonne la présence d'un composé mercuriel, après y avoir préalablement ajouté quelques gouttes d'acide hydrochlorique. Dans le cas où il y en existe quelques traces, l'anneau d'or prend une couleur d'un blanc grisâtre qu'il ne perd pas par le contact de l'acide hydrochlorique pur et concentré; et chauffé dans un petit tube de verre effilé à la lampe, il laisse dégager des vapeurs mercurielles qui ne tardent pas à se condenser dans le haut du tube sous la forme de petites gouttelettes brillantes. J'ai eu le désir de soumettre à cette épreuve infaillible la décoction mercurielle; mais je n'ai pas été plus heureux que précédemment, tandis qu'en agissant sur de l'eau dans laquelle j'avais dissous d'avance un quart de grain de sublimé corrosif, j'ai obtenu les résultats annoncés par les deux chimistes cités plus haut.

Il résulte donc de ces recherches, que l'eau pure ou chargée de sels n'a pas la propriété de dissoudre, même par un contact prolongé à la température de 100°, un atome de mercure; qu'il ne se trouve dans ces circonstances aucune trace d'oxide de mercure qui resterait en simple suspension, ainsi que Grew, cité par Klaproth, l'a prétendu; enfin, que la décoction mercurielle ne possède aucune saveur particulière, comme tant d'autres l'ont avancé.

Et qu'on n'argue pas contre ces résultats, que si les réactifs n'ont pu faire découvrir la présence du mercure dans l'eau, cela tient uniquement à ce qu'ils ne sont pas assez sensibles, assez puissans. L'analyse chimique est portée maintenant à un tel point de précision, surtout en ce qui regarde les substances minérales, qu'un pareil doute doit paraître une hérésie aux yeux des praticiens habiles qui s'occupent spécialement de cette partie de la science. Là où les réactifs ne peuvent déceler aucune trace d'une matière en dissolution ou en suspension, on peut affirmer avec assurance qu'il ne s'y en trouve pas en effet, quelque degré de visibilité qu'on suppose à la matière.

Maintenant un corps qui ne cède rien à l'eau peut-il lui faire acquérir une saveur prononcée? Il est difficile d'admettre cette opinion; et puisque je n'ai pu, dans quelque circonstance que ce soit, obtenir une eau douée d'une saveur mercurielle sensible, n'est-il pas plus raisonnable de supposer que ceux qui ont avancé un tel fait se sont laissé imposer par des idées préconçues, et surtout par l'autorité des doctes écrivains qui, les premiers, ont propagé cette assertion. Ce ne serait pas assurément le premier exemple où l'on aurait vu des hommes graves et consciencieux croire, sur la foi des autres, à l'existence de faits qui n'existaient que dans leur imagination.

D'après tout ce qui précède, il me paraît impossible de croire aux propriétés curatives de la décoction mercurielle. La raison se refuse à admettre qu'un corps puisse acquérir des vertus médicinales par son simple contact avec un autre, surtout lorsque ce contact n'est suivi d'aucune action chimique qui modifie la nature de l'un ou de l'autre. Le témoignage des anciens ne doit pas nous en imposer dans ce cas; car l'on sait avec quelle facilité ils ajoutaient foi aux suppositions les plus extraordinaires, à une époque surtout où une expérimentation sévère était rarement appelée à rectifier les écarts de l'imagination. Que si des praticiens célèbres de nos jours ont adopté aveuglément les croyances erronées de leurs devanciers, cela prouve seulement combien est puissant l'empire des préjugés, et quelle difficulté l'on éprouve à les déraciner. Je serai satisfait si je peux contribuer à en détruire un seul, et si, par mes expériences, j'ai fait disparaître à jamais de nos ouvrages une erreur accréditée depuis tant de siècles.

---

## CONCLUSIONS

*Extraites d'un Mémoire de* M. Villermé, *sur les épidémies.*

M. Villermé résume ainsi les résultats principaux de ses recherches :

Les épidémies diminuent de fréquence et d'intensité dans tous les pays qui de la barbarie ou de l'ignorance passent à l'état de civilisation, ou d'une civilisation imparfaite à une civilisation perfectionnée.

Les classes misérables en sont beaucoup plus souvent

Les classes misérables en sont beaucoup plus souvent atteintes, et par conséquent beaucoup plus souvent victimes que les classes aisées.

En faisant disparaître les épidémies, en diminuant leur fréquence et leur intensité, la civilisation a déplacé, dans beaucoup d'endroits, les époques du *maximum* et du *minimum* de la mortalité, surtout celle du *maximum*.

Un autre fait non moins important, c'est que dans le cas d'épidémie, sur un même nombre de malades de chaque âge, la mortalité est d'autant plus forte pour les enfans qu'ils se rapprochent davantage de la naissance, et pour les vieillards qu'ils sont plus avancés en âge; de sorte que, sous ce rapport, la loi de la mortalité épidémique suit la loi de la mortalité ordinaire. De là cette conséquence que les épidémies qui frappent les deux extrêmes de la vie sont, toute proportion gardée, les plus meurtrières.

On s'exagère beaucoup trop le bienfait de la vaccine. Elle ne fait guère, du moins dans nos pays pleinement peuplés, que déplacer la mort; mais dans les lieux dont les habitans étendent à volonté le sol cultivable ou disposent de plus de moyens d'existence qu'il ne leur en faut, elle accroît véritablement la population.

Il ne faut pas croire pourtant qu'elle ne puisse jamais, en aucune manière, contribuer chez nous à cet accroissement. En substituant pendant un laps de temps donné un enfant qui devient adulte à deux enfans qui consomment et meurent avant que de pouvoir rien produire, la vaccine favorise la production et par conséquent indirectement l'accroissement de la population, en raison de l'excédant des produits ou des moyens de subsistances qui en résultent. Mais cet effet est bien minime en comparaison surtout de celui qu'on attribue à la vaccine.

Tous les préservatifs des maladies de l'enfance agissent de même. De même aussi, en supprimant une cause de mort, ils donnent plus d'activité aux autres.

Dans nos pays civilisés, les épidémies les plus meurtrières ne diminuent la population que passagèrement: le vide de celle-ci se comble très-vite, et par des étrangers qui viennent prendre les emplois devenus vacans, et par des mariages et des naissances proportionnellement plus nombreux que jamais.

En un mot, les épidémies accélèrent le renouvellement des générations, et leur absence le ralentit.

A. P.

---

## MÉMOIRE

*Sur l'amalgamation, adressé à l'Académie royale des Sciences, le* 10 *décembre* 1832;

*Par* M. Boussingault. — (*Extrait.*)

L'art d'extraire l'argent de ses minerais, au moyen du mercure, fut inventé au Mexique dans l'année 1557, par un Espagnol nommé Bertolomé de Médina. Cet ingénieux procédé, à l'aide duquel on s'est procuré la plus grande partie de l'argent aujourd'hui en circulation, ne fut pendant long-temps que très-imparfaitement connu, et par cela même jugé de la manière la plus défavorable par les métallurgistes des écoles les plus célèbres; ce fut seulement après le voyage de M. Humboldt, qu'on commença en Europe à rectifier les idées vagues et désavantageuses qu'on s'était formées sur l'amalgamation américaine. Ce célèbre voyageur prenant en considération les difficultés locales que présentent les mines de l'Amérique, la masse immense de minerai à traiter, vit qu'il ne fallait rien moins qu'une méthode métallurgique aussi simple et aussi économique pour que le mineur pût exercer son industrie avec succès.

Tous les minerais réduits en farine subtile, peuvent, par l'addition du sel, du magistral, du mercure, et quelquefois de la chaux, donner la presque la totalité de l'argent qu'ils contiennent... Si l'amalgation des minerais d'argent, quand elle est bien dirigée, donne toujours des résultats avantageux, si les accidens qui surviennent pendant le travail sont aussitôt réparés qu'aperçus, cela tient à l'habitude, j'ai presque dit à l'instinct que donne aux ouvriers une longue pratique. En effet, la théorie de cette opération est très-obscure; on ignore encore quelle influence exercent les différentes matières employées par l'amalgameur. Les minerais qu'on destine à l'amalgamation des parties, sont ordinairement bocardés à sec; on ne leur fait subir aucun lavage. Le minerai réduit en poudre, est broyé dans un arrastre, jusqu'à ce qu'il soit réduit à un grand degré de finesse. Cette condition est indispensable. Le minerai broyé dans les arrastres a la consistance d'une boue très-liquide: il est porté dans la cour de l'amalgamation.

Le *patio* est une cour pavée en dalles, dont le sol est légèrement incliné pour permettre l'écoulement des eaux. Lorsque les boues métalliques doivent être pétries par des chevaux, on dispose des tourtes (*tortas*) qui renferment depuis 800 jusqu'à 1 200 quintaux de minerai. Le minerai disposé dans le *patio* est prêt à recevoir le sel, le magistral, le mercure, qui sont les ingrédiens qui doivent être successivement ajoutés. La quantité de sel qu'on introduit dans une torta varie de 1 à 5 pour 100 de minerai; le sel ajouté, on fait agir les chevaux dans la masse afin de répartir le sel.

Le choix d'un bon magistral est un des points les plus importans dans l'art de l'amalgamation: on prépare ordinairement cette substance en grillant de la pyrite de cuivre dans un fourneau à réverbère. La pyrite étant bien allumée, on bouche les issues du fourneau et on laisse refroidir jusqu'au lendemain: l'analyse d'un magistral de bonne qualité y a indiqué 0,10 de sulfate de cuivre; on emploie en général demi-livre de magistral pour un quintal de minerai.

La quantité de mercure destinée à une *torta*, dépend de l'argent contenu: on est dans l'usage de prendre six fois autant de mercure qu'il y a d'argent à extraire. Ce mercure se divise en trois lots, qu'on incorpore dans la *torta* à trois époques différentes de l'opération.

Après la première incorporation (*incorporation*), celle qui suit l'addition du magistral, on fait troter les chevaux dans le minerai pendant six heures, afin de diviser autant que possible le mercure et le magistral dans la masse à amalgamer. Six heures après que le mercure a été incorporé, l'amalgameur (*azo guero*) examine le minerai en en lavant une petite quantité dans une augette: c'est par cet examen (*tentadara*) que

l'ouvrier croit pouvoir juger s'il a mis trop ou trop peu de magistral.

Le mercure de cette première incorporation est changé en dix, quinze, ou vingt jours au plus tard, en *simadura :* on donne ce nom à un amalgame presque solide, brillant, et tellement divisé, qu'on pourrait le prendre pour de la limaille d'argent, c'est alors qu'on procède à l'incorporation du deuxième tiers de mercure. Lorsque la saison est favorable, il suffit quelquefois de huit jours et de trois ou quatre triturations pour que ce second mercure soit changé en amalgame presque solide. C'est toujours par cette circonstance de la consistance de l'amalgame, que l'ouvrier sait quand il doit faire une nouvelle incorporation. Les amalgameurs croient pouvoir reconnaître à différens signes extérieurs l'époque à laquelle l'argent de la tourte est uni au mercure, et l'on fait agir les chevaux pendant deux heures ; on porte ensuite le minéral amalgamé aux ateliers de lavage ; l'amalgame solide qu'on obtient est ensuite envoyé aux usines de distillation : l'argent qu'on obtient ainsi est presque pur.

Le procédé imaginé par Médina, porte le nom de *amalgamacion por patio y crido.* Vers 1561, Fernandez de Velasco l'introduisit au Pérou ; à peu près vers la même époque. Carlos Corso de Som découvrit le traitement par le fer, il recommande l'emploi du fer métallique pour diminuer la consommation du mercure ; en 1590, Alonzo Barba, qui était alors curé de la Plata, fit connaître sa méthode d'amalgamation à chaud. Barba était né en Espagne ; les occupations de son ministère ne l'empêchèrent pas de se livrer avec succès à l'étude de la métallurgie ; il possédait la chimie de son temps, et l'on découvre dans ses écrits un manipulateur habile, doué d'un excellent esprit d'observation. Barba croyait à la transformation des métaux, et ce fut en cherchant à fixer le mercure qu'il découvrit son procédé.

On peut indiquer aussi les phénomènes qui se passent dans l'amalgamation américaine.

En ajoutant le magistral (sulfate de cuivre aux boues métalliques renfermant déjà du sel marin, il se forme instantanément du bichlorure qui, en réagissant en partie sur le mercure et en partie sur le sulfate d'argent, donne naissance à du chlorure d'argent et de mercure, et passe à l'état de proto-chlorure de cuivre, qui se dissout dans la dissolution de sel, dont le minerai est imbibé, pénètre la masse à amalgamer, et réagit, comme l'expérience l'a fait voir, énergiquement sur le sulfure d'argent d'une part, et du sulfure de cuivre de l'autre.

Le chlorure d'argent se dissout également dans la solution de sel marin, et dans cet état il est facilement réduit par le mercure.

---

## ARRÊT

*Rendu par la Cour royale de Bordeaux, contre les Sœurs de la Charité, vendant des médicamens* (1).

Le sieur Dupuy, pharmacien, avait traduit devant le tribunal de la Réole les religieuses de Saint-Macaire, pour avoir vendu des médicamens à des habitans de la ville.

Le tribunal se déclara incompétent, attendu que les faits ne présentaient pas de délit ; mais sur l'appel, arrêt de la Cour de Bordeaux du 28 janvier 1832, ainsi conçu :

La Cour : — Attendu, en droit, que, soit dans l'intérêt de la santé publique, soit afin de maintenir les pharmaciens dans l'exercice exclusif d'une industrie qui, comme toutes les autres propriétés, doit être respectée, il convenait d'interdire la vente de tous médicamens à quiconque n'aurait pas été reçu pharmacien, suivant les formalités d'usage ; que c'est le but que la loi du 21 germinal an II s'est efforcée d'atteindre ; — attendu que l'art. de la même loi défend tout débit au poids médicinal, et veut que les personnes coupables soient poursuivies correctionnellement, et punies conformément à l'art. 83 du Code des délits et des peines ; — attendu que la loi du 29 pluviôse de l'an XIII porte que ceux qui conviendront à l'art. 36 de celle du 21 germinal an II seront punis d'une amende de 25 à 600 fr. ; — attendu que la prohibition est générale, et s'applique, par conséquent, aux sœurs de la congrégation de Saint-Vincent de Paul ; que si l'ardente charité dont elles sont animées les place au premier rang des bienfaitrices de l'humanité, elles sont appelées, précisément à cause de leurs vertus, à donner l'exemple de la soumission aux lois ; qu'on ne trouve dans celle du 21 germinal an II aucune distinction entre les remèdes magistraux et les remèdes officinaux, et que la vente des uns et des autres est également interdite à toute personne qui n'a pas obtenu un diplôme de pharmacien ; — attendu qu'il n'est pas exact, sous aucun rapport, de prétendre que les prohibitions établies par la loi de l'an II manquent de sanction pénale ; que l'on trouve évidemment cette sanction, soit dans l'article 36 de la loi de germinal, soit dans l'article unique de la loi du 27 pluviôse ; qu'ainsi, celui-là commet un délit prévu et puni par la législation, qui, n'étant pas pharmacien, se permet de vendre des remèdes au poids médicinal ; — attendu, en fait, qu'il est avoué par la Supérieure des Sœurs de la charité, attachées à l'hospice de Saint-Macaire, qu'elles ont vendu divers médicamens, comme sirop de violettes, sirop de pêches, crême de tartre, farine de lin, pastilles et pommade verte ; que toutes ces drogues ont été vendues au poids médicinal, et, par conséquent, en contravention aux dispositions de l'art. 36 de la loi du 21 germinal an II ; que le premier tribunal a donc mal jugé en se déclarant incompétent, sous le prétexte que les faits de la cause ne constituaient ni délit, ni contravention ;

— Attendu néanmoins, d'une part, que le ministère public n'a pas interjeté appel de la décision rendue le 1er mai par le tribunal de la Réole ; et de l'autre, que les Sœurs de la Charité ont pu être induites en erreur par une circulaire du Ministre de l'intérieur, qui paraissait les autoriser à vendre certains remèdes connus

---

(1) La publication de cet arrêt nous a paru utile, parce qu'il est bien des tribunaux qui craignent ou refusent même de poursuivre les sœurs de la charité vendant des médicamens.

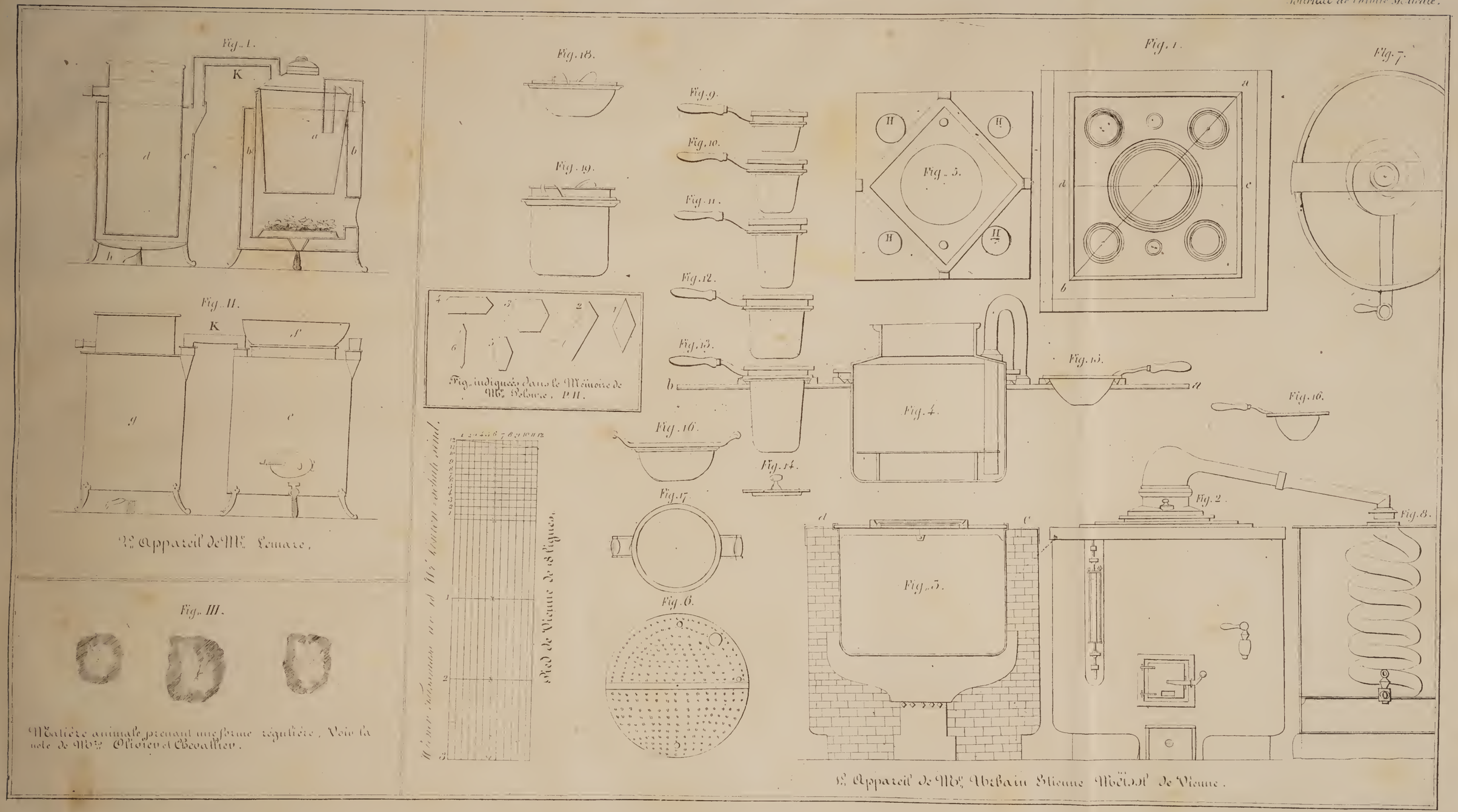
Fig. I.
K
a
b
c
d
h
Fig. II.
K
f
g
e
2e Appareil de Mr. Lemare.
Fig. III.
Matière animale prenant une forme régulière. Voir la note de Mrs. Ollivier et Chevallier.
Fig. 18.
Fig. 19.
Fig. 9.
Fig. 10.
Fig. 11.
Fig. 12.
Fig. 13.
Fig. indiquées dans le Mémoire de Mr. Pelouze. P. H.
Fig. 16.
Fig. 17.
Fig. 6.
Fig. 14.
Fig. 4.
Fig. 15.
Fig. 16.
Fig. 1.
Fig. 7.
Fig. 5.
H
Fig. 2.
Fig. 8.
Fig. 3.
d
c
Pied de Vienne de 8 lignes.
1e Appareil de Mr. Urbain Etienne Mollot de Vienne.

sous le nom de *magistraux ;* qu'ainsi, aucune peine publique ne saurait être prononcée contre la dame Forget; qu'il n'y a pas même lieu d'accorder d'indemnité au sieur Dupuy, tant est léger le tort que lui font éprouver les ventes plus haut énumérées; qu'il doit suffire de lui allouer les dépens, ce qui tiendra lieu de plus amples dommages-intérêts ;—Réformant, déclare la dame Louise-Sophie Forget, Sœur de Charité, coupable d'avoir vendu ou fait vendre des remèdes au poids médicinal.....; la condamne aux dépens, etc.

Nous devons la communication de cet arrêt à M. Wislin.

---

## DESCRIPTION D'UN APPAREIL

*Destiné à faire des décoctions, des infusions, à distiller, à évaporer. Cet appareil est employé depuis le* 1er *septembre* 1831 *dans le laboratoire de la pharmacie* à l'Ange sur le Hof, *à Vienne en Autriche* (1).

*Fig.* 1. Vue du haut, où se trouve une plaque d'étain de l'épaisseur d'un tiers de pouce. Dans cette plaque sont pratiquées, 1° dans le milieu une grande ouverture pour recevoir l'alambic à distiller à l'aide de la vapeur (*fig.* 4); 2° quatre autres ouvertures pour les poêlons destinés à faire les décoctions, les dissolutions, les extraits, etc. (*fig.* 9, 10, 11, 12, 13, 15 et 16.). Les deux petites ouvertures servent l'une à conduire la vapeur d'eau au moyen d'un tube de laiton dans un petit réservoir en cuivre étamé à l'intérieur : de là elle passe dans un vase plein d'eau par un tuyau; elle est ensuite condensée, et fournit de l'eau distillée (2).

*Fig.* 2. Vue de l'appareil placé dans le fourneau. En face est un tube de verre monté; il est destiné à faire voir la hauteur de l'eau chaude qui est contenue dans la chaudière.

*Fig.* 3. Chaudière murée (3), faite et travaillée solidement en cuivre étamé : elle pourrait être en fonte. On y met de l'eau de fontaine ou de rivière jusqu'à la hauteur de 4-6 pouces du fond; cette quantité suffit pour ménager le bois et pour développer une quantité suffisante de vapeur, qui se répand dans l'intérieur de la chaudière qui est couverte hermétiquement de la plaque d'étain n° 5 ou qui se voit du haut n° 1.

*Fig.* 4. Alambic en étain, sans partie supérieure : il est représenté par la fig. 2. Cet alambic se place dans le plus grand ouvert. Au milieu de la plaque d'étain dessinée fig. 5, la vapeur est amenée par le tuyau en étain placé sur le côté, qui va plonger jusqu'au fond de l'alambic. La partie la plus courte du tube s'engage dans une des petites ouvertures de la plaque d'étain : cette ouverture est destinée à recevoir la vapeur et à la conduire dans l'alambic. Dans la partie inférieure interne il y a une grille ou lame d'étain percée et supportée par trois pieds; sur cette grille on place les plantes fraîches ou sèches sans ajouter de l'eau; la vapeur passe dessous cette grille, traverse la substance et s'élève dans le chapiteau, pour passer de là à l'état de vapeurs aqueuses chargées des parties volatiles de la plante, fleur ou racine, qu'on avait soumise à la distillation. Au bout de cinq minutes la distillation est en train, et il n'y a pas à craindre que la fleur de camomille ou de sureau se brûle par son contact avec les parois de l'alambic.

*Fig.* 5. Plaque en étain bien forte, un quart de pouce d'épaisseur; elle couvre entièrement la chaudière : les bords de toutes les ouvertures et de la plaque sont garnis de laiton; elle reçoit les poêlons d'étain, l'alambic, où, au lieu de distiller, on place un vase à évaporer en étain (voyez les *fig.* 16 et 17), en porcelaine ou bien en argent, etc., etc., destiné à recevoir des extraits ou des substances qu'on veut dessécher, des sels qu'on veut pulvériser, etc., etc. Il n'y a pas de danger pour les objets qui peuvent supporter, sans se décomposer, la chaleur de la vapeur d'eau.

Cette plaque repose du dedans sur quatre bras de fer étamé destinés à lui donner plus de solidité et de fermeté; elle a la même dimension en longueur et largeur que la chaudière : elle forme un carré.

*Fig.* 6. Est une plaque de cuivre étamé, percée, sur laquelle on met les substances à distiller, en état sec ou frais, sans eau, les fraises, les framboises.

*Fig.* 7. Vue du haut du réfrigérant.

*Fig.* 8. Le même vase adapté au serpentin d'étain; la cuve est en cuivre pour l'eau distillée pure; il y a un tube séparé qui n'est que pour cela; il traverse le même réfrigérant, passant dans un récipient sous-posé.

*Fig.* 9, 10, 11, 12, 13. Poêlons en étain fondu. Ces poêlons sont solides, bien épais : les plus grands, n° 13, contiennent 42 onces d'eau; les petits 6 onces. Ils sont de deux différens diamètres; la forme est presque cylindrique (coniforme); leur grandeur varie dans la hauteur; ils se placent assez justement, mais sans gêne, dans les quatre ouvertures pratiquées dans la grande plaque d'étain; ils plongent dans l'intérieur de la chaudière, et sont chauffés par la seule vapeur avec une vitesse incroyable. 40 onces d'eau de fontaine de 8 à 10° cent. deviennent très-chaudes dans une à une et demi-minute, ayant 80 à 90° centigr. La vitesse avec laquelle on fait les décoctions, infusions, dissolutions pour les ordonnances des médecins est surprenante; il faut avoir manipulé, au moyen de cet appareil très-convenable, pour apprendre à connaître tous ses avantages, soit à l'égard de l'économie du bois, soit à l'égard de la promptitude et précision avec lesquelles on fait les décoctions. Chaque poêlon est couvert d'un couvercle *fig.* n° 14.

*Fig.* 15 et 16. Poêlons en étain, solides, au fond plat comme les précédens. Ces poêlons sont destinés pour les dissolutions des sels, la liquéfaction des emplâtres, des extraits à dissoudre. La queue est en bois de buis pas tout-à-fait ronde.

*Fig.* 17. Une bassine d'étain à deux manches de bois;

---

(1) Cet appareil a été adressé à M. Beral, qui a bien voulu nous le communiquer, par M. Urbain Etienne Meissl, qui l'a fait établir dans son laboratoire.

(2) Cette chaudière en cuivre a 24 pouces de long, 22 pouces de large, 18 pouces de haut; la forme d'un carré, mesure de Vienne.

(3) Les ouvertures sont bordées en cuivre laiton; les différens objets qui s'y adaptent sont aussi garnis de cercles de laiton.

les boutons des couvercles *fig.* 14 sont aussi du buis tourné.

*Fig.* 18. Une autre bassine d'étain plus grande, pour huit litres d'eau : pour chacune un couvercle ajusté.

*Fig.* 19. Une grande boîte d'étain, forme cylindrique d'un bain-marie, assez profonde, de 10 à 11 pouces de profondeur, pour recevoir 18 litres d'eau pour les extractions. Celle-ci se place au milieu dans l'ouverture destinée pour l'alambic à distiller : elle est couverte comme tous les vases dont on se sert dans cet appareil.

*Observations générales sur l'emploi de cet appareil.*

Avec le même feu entretenu à l'aide d'un ou deux morceaux de bois, on fait à la fois quatre décoctions (proprement digestions à 79°, et même jusqu'à 80° degrés Réaumur), puisque l'ébullition est toute tranquille ; mais on voit le mouvement de l'eau à la surface en petites vessies, pétillement. Le couvercle placé dessus, la chaleur du liquide dans les poêles, bassines, etc., etc., est de 80° R. ou 100° cent.; mais elle ne s'élève pas au-dessus. On fait en même temps quelque évaporations dans la bassine où l'on distille en même temps ; on place quelques teintures en digestion sur les bords du fourneau ; on rapproche les dernières quantités des extraits ; on dessèche quelques substances à pulvériser. La chaleur du fourneau peut fournir de l'air chauffé qui peut être conduit par un canal dans une étuve en communication. La propreté avec laquelle on peut opérer, lorsqu'on se sert de cet appareil, est aussi à considérer ; il y a absence de poussière de charbon. On ne met pas plus d'eau pour les décoctions et les infusions que la colature n'en exige, et la plante ou la racine en imbibe. Par exemple, une once de salsepareille se cuit avec neuf onces et demie d'eau parfaitement, le tout étant couvert presque hermétiquement pendant un quart, une demie ou une heure ; on obtint 8 onces de colature : il n'y a presque pas de perte d'eau, les vases étant couverts et les couvercles parfaitement ajustés. Chaque poêle a un bord plat, assez large et solide ; autrement l'étain aurait bientôt changé de forme.

L'air n'agit point sur les substances en décoction : c'est pour cela que plusieurs des décoctions préparées dans cet appareil sont moins foncées, plus claires, transparentes, puisque le bouillonnement n'est pas si impétueux que lorsqu'on opère à feu nu, où le liquide peut passer au-dessus les bords des bassines et des poêles.

L'échelle de mesure de Vienne est ajoutée pour les proportions. L'étain doit être de l'étain en saumon de bonne qualité. Cet appareil a coûté environ 1,100 francs, non compris le réfrigérant et la boîte d'étain n° 19.

## NOTE.

*Sur les proportions relatives d'eau et de principes fixes contenus dans les différentes sérosités qui s'épanchent dans diverses parties du corps.*

Les résultats qui sont énoncés dans cette note ont été obtenus sur le cheval ; ils démontrent que les différentes sérosités qui sont exhalées dans le même sujet varient non-seulement par les parties où elles se trouvent, mais encore par les proportions d'eau, d'albumine et de sels qu'elles contiennent, comme le prouvent les analyses qui en ont été faites, sous le rapport de la quantité d'eau et de principes fixes.

1° *Liqueur du péricarde du cheval.*

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . | 93, 4 |
| Albumine et substances salines. . . . | 6, 6 |
| | 100, 0 |

2° *Liqueur épanchée dans l'abdomen du cheval.*

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . | 97, 3 |
| Albumine et sels. . . . . | 2, 7 |
| | 100, 0 |

3° *Sérosité de la fausse membrane développée dans le thorax.*

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . | 92, 2 |
| Albumine et sels. . . . . | 7, 8 |
| | 100, 0 |

4° *Sérosité de l'infiltration dans le tissu cellulaire sous-cutané du même cheval.*

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . | 89, 6 |
| Albumine et sels. . . . . | 10, 4 |
| | 100, 0 |

5° *Sérum du sang du cheval.*

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . | 90, 8 |
| Albumine et sels. . . . . | 9, 2 |
| | 100, 0 |

## DESCRIPTION D'UN APPAREIL

### QUI PEUT SERVIR DE FOURNEAU ET D'ALAMBIC.

Cet appareil, représenté dans la planche par les figures I et II, se compose, 1° d'une marmite-alambic *a* ; 2° d'un fourneau double corps *bb* ; 3° de la doublure mobile du réfrigérant *cc* ; 4° du réfrigérant *d*. L'ensemble de la figure I représente l'appareil disposé pour opérer une distillation. Les substances soumises à la distillation sont placées dans la marmite-alambic *a* ; les vapeurs sont portées par le tube recourbé *k* dans le réfrigérant *d*, où elles se condensent : l'eau distillée sort par la partie *h*.

La figure n° 2 représente l'appareil servant de fourneau évaporatoire, fourneau qui en même temps peut fournir au chimiste l'eau distillée qui se forme dans le fourneau, double corps, passe par le tube *k*, pour aller se condenser dans le réfrigérant *g*. La capsule *f* remplace alors la marmite *a*. Une petite porte *o* a été ménagée dans le fourneau double corps, pour alimen-

ter le fourneau de combustible. A la partie inférieure est un cendrier qui se ferme à volonté, de façon qu'on peut modérer ou augmenter le courant d'air à volonté.

Cet appareil, fabriqué en cuivre par M. Lemare, et modifié par lui, d'après nos conseils qu'il a bien voulu suivre, est employé depuis un an dans notre laboratoire ; il nous a été d'une telle utilité, que l'un de nos collègues, M. Gauthier de Claubry, en a fait faire un.

L'appareil de M. Lemare peut servir de fourneau évaporatoire ; et le chimiste, pendant qu'il fait évaporer un liquide, peut recueillir l'eau distillée qui lui est nécessaire : il est en même temps sûr que cette eau distillée, préparée par lui-même, est à l'état de pureté (1). A. Chevallier.

---

## *De l'emploi du chlorure de chaux liquide contre la gale.*

Nous avons, dans le tome 3 du *Journal de Chimie médicale*, page 575, publié une Note de M. Derheims, pharmacien à St.-Omer, indiquant l'emploi et l'efficacité du chlorure de chaux liquide contre la gale, et la prompte guérison des malades. M. Fantonetti, professeur à l'Université de Paris, vient de faire connaître des faits analogues à ceux observés par M. Derheims. En effet, huit de ses malades furent traités par le chlorure, six hommes et deux femmes. Les deux femmes, qui avaient une gale intense, furent guéries en six jours ; parmi les six hommes, cinq furent guéris du sixième au huitième jour. Chez un seul, âgé de dix-huit ans, la gale fut remplacée par un *eczema* général (2) que des bains tièdes firent disparaître. De retour chez lui, il fut de nouveau atteint de la gale, et cette maladie céda à l'emploi de fumigations sulfureuses. Un jeune frère de ce dernier malade, et qui était âgé de six à sept ans, guérit d'abord très-rapidement par l'usage du chlorure de chaux ; mais au bout de quinze jours il fut de nouveau atteint de gale (3), qui céda au bout d'une semaine du même traitement ; mais ce même malade fut repris une troisième fois quinze jours après.

La dose de chlorure indiquée par M. Fantonetti, pour les adultes, est d'une once et demie à deux onces de chlorure dans une livre d'eau commune. Cette solution est employée en frictions, trois ou quatre fois par jour, sur les régions affectées ; pour les enfans, la dose est d'une once pour une livre d'eau. Tous les trois jours, le malade doit prendre un bain d'eau tiède destiné, 1° à laver et à nétoyer la peau ; 2° à calmer une irritation qui se manifeste quelquefois, lorsque la dose de chlorure est trop forte, ou bien lorsqu'on fait des applications trop souvent répétées.

M. Fantonetti assure que ce moyen est le plus sûr, le plus prompt dans ses effets, et le plus économique.

Les faits observés par M. Fantonetti, qui font le complément de ceux publiés par MM. Derheims et Darling (4), devaient être prévus, puisqu'on sait que le chlore est un puissant antipsorique. En effet, on lit dans les *Annales de Chimie* l'article suivant :

« Le chlore a été employé avec succès comme anti-
» psorique pour combattre les gales les plus rebelles.
» Les effets salutaires de ce corps ont été constatés à
» Flessingue, en 1810, par M. Cluzel. Ce pharmacien
» observa, à cette époque, que les prisonniers espa-
» gnols infectés de la gale, qui trempaient leurs mains
» dans des vases contenant du chlore liquide destiné à
» les préserver des fièvres ataxiques contagieuses, éprou-
» vaient de très-bons effets contre cette maladie. L'un
» d'eux, qui était horriblement couvert d'une gale in-
» vétérée, laquelle avait résisté à tous les remèdes, fut
» guéri par l'usage de lotions de chlore. Ce prisonnier
» trempait des tissus de fil dans du chlore liquide ; il
» s'en frottait ensuite le corps. » A. Ch.

---

## PILULES DE SOUS-CARBONATE DE FER

### *Dans le traitement des douleurs d'estomac chez les femmes.*

MM. les docteurs Trousseau et Bonnet, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, ont donné la formule suivante :

Pr. sous-carbonate de fer. . . . . 1 once.
— extrait de réglisse S. Q.

divisés en 100 pilules.

La dose est de 1 à 2 pilules qu'on augmente journellement de 1 à 2, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la dose de 60 à 72 grains, terme fixé par les auteurs, quoiqu'on puisse aller jusqu'à 100 grains par jour.

Ces pilules produisent principalement de bons effets contre les gastralgies, qui se lient à la chlorose, à la leucorrhée et aux dérangemens des menstrues.

Julia-Fontenelle.

---

(1) L'appareil veut parier pour la grandeur et la capacité ; il se trouve chez le fabricant M. Lamarre, quai Conti, n° 3, à Paris. Le prix de cet appareil ordinaire, est 60 fr. ; mais il peut être plus considérable en raison des dimensions.

(2) William et Bateman ont donné le nom d'*eczema* à une maladie cutanée, qui est caractérisée par l'apparition de petites vésicules très-rapprochées les unes des autres, et dont la base est à peine enflammée ; l'éruption de ces vésicules est précédée de fourmillemens et de cuisson à la peau.

(3) M. Fantonetti n'hésite pas à déclarer que les deux frères, fils d'un soldat de Finanza chargé de famille, ont de nouveau contracté la maladie en retournant chez eux. Il se base sur ce qu'aucun des autres malades n'a éprouvé de de rechute.

(4) Voir le *Traité des chlorures*, 1829, chez Bechet.

# BIBLIOGRAPHIE.

## MAI, 1833.

Mémoires de l'Académie royale de médecine. Tome deuxième. 1er, 2e et 3e fascicules. (440 pages in-4° avec planches). Paris, 1833. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, n° 13 (bis). Prix des quatre fascicules : 20 fr.; le quatrième est sous presse.

Les académies sont des foyers de lumières dont les rayons doivent s'épandre au dehors pour vivifier la science dont elles sont la source officielle. La publication de leurs actes fait partie intrinsèque de leur mandat, car le public qui les paie en considération et même en argent, exige qu'on le rembourse en utiles leçons. La publication des Mémoires de l'Académie est donc l'acquit d'une dette, mais dette d'autant plus difficile à payer, que de ces assemblées de législateurs ne doivent émaner que des principes orthodoxes, que le *profanum vulgus* acceptera comme articles de foi, autorisé qu'il est à regarder comme infaillibles des aréopages composés de toutes les sommités de la science. Or, comme des vérités fondamentales n'éclosent pas tous les jours, on conçoit que de semblables publications se refusent à la régularité périodique, et que leur nombre est forcément surbordonné à la somme inégale des perfectionnemens apportés par le temps et le labeur des savans. Ainsi pourrait s'expliquer le long intervalle qui a séparé l'émission du premier volume des Mémoires de celle des fascicules que nous annonçons aujourd'hui; mais l'éditeur avoue candidement que telle n'est point la cause de cette lacune qu'il faut rapporter simplement aux circonstances qui se sont succédé depuis trois ans : révolution, épidémie, catastrophes glorieuses ou funestes, mais toujours fatales aux créations scientifiques qui réclament le repos du corps et la paix de l'esprit. En compensation, l'académie promet de produire désormais un fascicule par trimestre, et, pour témoigner de son zèle, elle en a publié trois en trois mois.

---

Traité des maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle, fondé sur de nouvelles observations cliniques et d'anatomie pathologique, par C.-M. Billard, docteur-médecin; 2me édition, augmentée d'un mémoire médico-légal sur la viabilité du fœtus, avec des notes et une notice sur la vie et les ouvrages de l'auteur, par M. le docteur Ollivier (d'Angers). 1 vol. in-8°, 728-32 pages. Paris.) 1833. Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 (bis.)

Les médecins et les philosophes de tous les temps se sont occupés de l'éducation et des maladies de l'enfance. L'homme en germe fut toujours un objet d'affection et de sollicitude pour les philanthropes; mais long-temps cette étude ne fut pratiquée que d'une manière superficielle et presque toute spéculative, ce qui s'explique par la difficulté du diagnostic chez des êtres privés des moyens d'exprimer leurs souffrances autrement que par les signes automatiques de la douleur. Tant que la médecine fut empyrique, c'est-à-dire, basée sur la simple observation des phénomènes extérieurs, cette partie de la science dut rester à peu près stationnaire; il fallait qu'une ère nouvelle, celle de la médecine anatomique, vînt révéler l'importance des investigations cadavériques, pour qu'on songeât enfin à porter le scalpel sur l'être encore enseveli dans le sein maternel, afin de découvrir les causes des accidens que jusqu'alors on considérait comme indépendans de la vie propre au produit de la conception. Parcourez en effet les ouvrages publiés sur la médecine de l'enfance, à dater seulement de l'intéressant poème latin de Scœvole de Ste-Marthe, jusqu'aux traités de nos accoucheurs modernes, c'est-à-dire depuis deux siècles, vous ne trouverez que des systèmes philosophiques, comme ceux de Locke et de Rousseau, ou des dissertations banales sur l'allaitement et l'éducation physique des enfans, comme celles de Spielmann, Desessartz, Saucerotte, Leroy, Friedlander, etc., ou des traités de pure symptomatologie, comme ceux d'Etmüller, Armstrong, Baumes, Gardien et autres. A peine chez quelques-uns, tels que Rosen et Underwood, trouverez-vous quelques traces d'anatomie physiologique appliquée aux maladies de l'enfance. Depuis quelques années cependant, la science s'était enrichie de quelques monographies substantielles sur certaines maladies isolées, mais nous manquions d'un traité complet sur la matière étudiée dans l'esprit des doctrines modernes, lorsque s'inspirant de l'exemple et des leçons de quelques hommes spéciaux, tels que MM. Guersent et Baron, M. Billard, d'Angers, profita de la mine féconde qu'il exploitait comme élève, pour entamer une œuvre vivement sollicitée par les besoins de la science. Son livre est l'expression de l'époque actuelle, c'est-à-dire que l'anatomie en forme la base; c'est en effet ce qui nous manquait. On conçoit d'ailleurs que les données organiques sont les bases les plus solides sur lesquelles puissent reposer le diagnostic et le traitement, qui seuls importent à la pratique. L'auteur nous apprend que c'est de la lecture de Morgagni qu'il a tiré ses inspirations, et l'élève s'est montré digne du maître.

Dans une première partie, il étudie les phénomènes généraux extérieurs de l'enfant : attitudes, coloration, chute du cordon ombilical : cette chute s'effectue ordinairement le quatrième ou cinquième jour; elle n'est pas nécessairement précédée d'inflammation éliminatoire. La dépression de l'ombilic paraît due à la traction des vaisseaux ombilicaux qui ne suivent pas le développement de l'abdomen;

c'est du dixième au douzième jour que la cicatrisation est complète. L'exfoliation de l'épiderme du fœtus s'opère du troisième au cinquième jour. Ce travail peut favoriser la médication emlermique. Il est impossible d'assigner une taille commune à tous les enfans naissans; il en est de même de la pesanteur qu'on évalue pourtant à cinq livres, cinq livres et demie, à la naissance. Le cri, envisagé comme phénomène d'expression, est étudié avec sagacité ; il est à remarquer que les très jeunes enfans ne versent jamais de larmes. M. Billard se joint à tous les philanthropes pour bannir le maillot. Le chant de jeune coq est commun à d'autres maladies que le croup. L'expression de la physionomie donne lieu à de précieuses indications. Le pouls des enfans est difficile à préciser; il vaut mieux ausculter le cœur; souvent il arrive, malgré l'opinion commune, qu'il n'est pas plus fréquent que chez l'adulte. La faiblesse de naissance est souvent due à une maladie déjà existante; pourtant l'aspect de la santé peut se rencontrer avec une désorganisation profonde des centres nerveux.

Nous entrons dans l'histoire des maladies des enfans en particulier, y compris les vices de conformation et de texture congéniaux, en commençant par les maladies de la peau. Déjà nous apprenons que le fœtus est passible des maladies qui pourront l'affecter après la naissance : on a vu des enfans naître avec la variole. L'auteur place ici un tableau des maladies de la peau, classées par opposition de caractères, comme dans la méthode botanique de Lamark et de De Candolle. L'érysipèle est l'exanthème le plus fréquent chez les enfans ; la rougeole est plus commune après qu'avant la première dentition, de même que la scarlatine. On peut vacciner à tout âge, mais il convient de laisser passer l'irritation dont la peau des nouveau-nés est le siège.

Au sujet des maladies du tissu cellulaire, l'auteur étudie avec soin l'œdème ou endurcissement de ce tissu, chez les nouveau-nés ; il conclut que la pléthore y prédispose en gênant le cours du sang, qui reflue dans le tissu cellulaire et cause l'œdème ; la saignée, les frictions sont les remèdes rationnels.

Les maladies du tube digestif comportent des considérations du plus haut intérêt : le muguet, la gangrène de la bouche, les désordres de la dentition, les diverses espèces de gastrites, le ramollissement gélatiniforme réclament une étude approfondie. M. Billard est chaud partisan de la doctrine de l'irritation, mais il n'en convient pas moins que les enfans naissans supportent très mal la diète, et que chez eux les sangsues réussissent mal ; sans approuver la méthode laxative appliquée à tous les enfans naissans, il adopte comme rationnel l'emploi d'un demi-gros de sirop de rhubarbe ou d'un lavement huileux lorsque les enfans tardent d'un jour ou deux de rendre le méconium. L'auteur a observé nombre de cas de dévoiement chronique sans inflammation. Chez les enfans naissans, l'entérite folliculeuse, quoique assez fréquente, ne donne pas lieu au groupe de symptômes typhoïdes de la dothinentérie chez l'adulte ; cette forme ne se dessine que vers sept ou huit mois. Suivent les maladies du foie et des organes urinaires : la néphrite calculeuse peut se développer, même pendant la vie intrà-utérine. Des enfans nouveau-nés ont présenté des péritonites avec adhérences anciennes et solides et des collections de liquides variés. En parlant du traitement des hernies congéniales, M. Billard n'indique que des moyens palliatifs.

Les maladies des voies aériennes ne sont pas moins communes chez les jeunes enfans : il suffit de rappeler le croup qui cependant est fort rare avant l'âge de deux ans; mais la pneumonie et la pleurésie congénitales ont été souvent constatées. La pneumonie des jeunes enfans est moins causée par l'irritation venant de l'extérieur que par la stase du sang dans les poumons.

M. Billard a rencontré chez un enfant de huit jours un anévrisme du canal artériel, égalant le volume d'une noisette. Les ouvertures fœtales ne s'oblitèrent, en général, que huit ou dix jours après la naissance. (Nous avons vu dernièrement, à la société anatomique, la persistance du trou de Botal chez plusieurs vieillards, et sans phénomènes particuliers.) Un enfant de deux jours a offert les symptômes d'un anévrisme passif du cœur auquel il a succombé. La péricardite est très-fréquente chez les jeunes enfans.

La fréquence des affections cérébrales est due sans doute à l'activité du développement de l'encéphale. L'hydrocéphale est souvent le résultat d'une méningite intrà-utérine. L'auteur reconnaît un ramollissement non inflammatoire du cerveau chez les nouveau-nés, espèce de liquéfaction de l'organe. Le diagnostic de l'encéphalite chez les jeunes enfans est souvent très-obscur.

Les maladies des organes de la locomotion, de la génération, du système lymphatique, viennent ensuite. Au sujet des maladies des yeux, M. Billard décrit avec soin l'ophthalmie des nouveau-nés, qui souvent provient de l'entassement dans les hôpitaux. Des considérations qu'il établit sur l'ictère des nouveau-nés, l'auteur conclut qu'on ne peut en accuser l'état du foie, mais plus vraisemblablement la stase sanguine dans les tissus.

M. Billard a rencontré le squirre du cœur sur un enfant de trois jours, des tubercules chez plusieurs fœtus, et chez trois enfans mort-nés une décomposition générale du sang.

La dissertation sur la viabilité du fœtus n'est en quelque sorte qu'un résumé de corollaires médico-légaux, déduits des observations anatomico-pathologiques de l'auteur; c'est un précieux document que les médecins-légistes ne peuvent se dispenser de consulter.

Le livre de M. Billard est une œuvre substantielle originale et qui doit faire époque dans l'histoire de la médecine des enfans. Il a déjà mérité les honneurs de la traduction et doit nécessairement figurer dans la bibliothèque du médecin.

Nous ne terminerons pas sans dire un mot de la notice historique consacrée par M. Ollivier (d'Angers) à la mémoire de son cher et malheureux compatriote. Cette notice, écrite avec ordre et simplicité, nous peint l'homme aimable et candide luttant contre les entraves de la société, et succombant, comme Bichat, avant sa trente-deuxième année, aux progrès d'une maladie fatale, et au moment où l'estime publique allait le dédommager de tant de pénibles travaux. Il était de ces hommes chez lesquels le flambeau de la vie se consume avec rapidité, et ne brille avec éclat que pour s'éteindre plus vite.

FORGET.

Lettre au conseiller Hahnemann, sur le traitement homœopathique du choléra-morbus, par le docteur Mabit. (Bordeaux, février 1833, 15 pages.)

« Une expérience incontestable, dit l'auteur, » pourra seule convaincre les médecins que des do- » ses infinitésimales d'un seul médicament puis- » sent guérir plus sûrement et plus promptement » que de nombreux remèdes à fortes doses. » On voit que M. Mabit professe le doute philosophique, et ce n'est qu'en désespoir de cause qu'il s'est déterminé à faire l'application de l'homœopathie au choléra, encouragé par le docteur Quin. Ici nous apprenons qu'à Bordeaux le choléra a sévi du 4 août jusqu'au 23 octobre 1832 ; sur 398 malades 308 sont morts, ce qui porte la mortalité aux trois quarts des malades et à moins de 3 individus sur 1000 habitans. Le 22 novembre, de nouveaux cas se présentèrent : sur 50 malades M. Mabit en avait perdu 34, lorsqu'il se décida à tenter l'homœopathie, et sur 31 cholériques soumis à cette méthode, il n'en perdit que six, ce qui justifie suffisamment sa confiance dans une méthode qu'on se hâte trop peut-être d'immoler sous le ridicule ; nous regrettons que l'auteur ne nous ait pas donné les détails de ses procédés thérapeutiques ; mais nous savons que le spécifique d'Hahnemann est le camphre, et que les préservatifs sont le *veratrum album* et le *cuprum acetiama*.

---

Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques, par S. Hahnemann, traduit de l'allemand, par A.-S.-L. Jourdan. 2 vol. in-8°. Paris, 1832. Baillière (J.-B.), rue de l'École de médecine (13 bis).

Dans un de nos précédens numéros, il a été rendu compte d'un premier ouvrage d'Hahnemann, consacré à l'exposition de la doctrine qu'il professe depuis un assez grand nombre d'années, et qui, longtemps ignorée dans les autres pays, s'est tout-à-coup propagée assez rapidement en Italie, en Suisse, en France : de telle sorte que maintenant on s'en occupe davantage peut-être dans ces contrées que dans celle même où la théorie homœopathique a pris naissance. Est-ce à un simple motif de curiosité, est-ce à cet engouement que le nouveau, l'étrange, l'incroyable, ne manquent jamais d'exciter parmi notre espèce, qu'il faut attribuer la faveur avec laquelle furent accueillies les doctrines homœopathiques, même au delà du lieu de leur berceau ? ou bien, en dépit même de son absurdité apparente, cette théorie renferme-t-elle une grande vérité ? Est-ce la conviction arrachée par des faits nombreux, inattaquables, qui a rangé de bons esprits sous la bannière d'Hahnemann ou bien encore ceux qui se sont faits partisans déclarés de sa doctrine, n'ont-ils eu de meilleure raison, pour expliquer le motif de leur croyance, que celle de ce père de l'église : *credo quia absurdum*? Nous supposons nos lecteurs assez au courant des idées fondamentales que l'auteur de *l'organon* a fait connaître au monde, pour que nous ne jugions pas nécessaire de les rappeler ici. Nous faisons cette remarque pour faciliter l'intelligence de l'analyse que nous donnons maintenant de son Traité des maladies chroniques ; nous épargnerons ainsi des détails dans lesquels il nous faudrait nécessairement entrer si nous pouvions croire que les premières lueurs du flambeau homœopathique n'ont point encore brillé à tous les yeux ?

Comme tous les pathologistes, Hahnemann a divisé les maladies en deux grandes classes : les maladies aiguës et les maladies chroniques. Les premières sont divisées à leur tour en deux classes secondaires : celles qui sont le résultat soit d'un trouble fonctionnel, soit d'une lésion organique déterminée le plus souvent pas une cause extérieure physique, mécanique, chimique ; telles seraient, par exemple, l'angine, la pleurésie, la pneumonie, la gastrite, la contusion, la brûlure ; les autres déterminées par un miasme particulier dont l'action, après une incubation plus ou moins longue, se traduit sur les organes du centre et de la périphérie, s'épuise et se détruit après la première manifestation extérieure de sa présence dans l'économie. Ces maladies, il les nomme miasmatiques aiguës ; telles sont la variole, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, etc. Ainsi, dans les maladies aiguës, c'est à une cause tantôt purement dynamique, tantôt physique ou mécanique, tantôt à un miasme dont l'action, une fois traduite au dehors, s'épuise et s'anéantit naturellement après, que les divers phénomènes morbides peuvent être rapportés. L'homœopathie indique par quelle série de moyens elle croit pouvoir combattre ces diverses affections. Mais c'est principalement dans le vaste champ des maladies chroniques qu'elle veut élever le monument éternel de sa gloire, et dresser son arc-de-triomphe sur les débris de l'aveugle et impuissante allopathie. Car c'est avec un ineffable mépris et avec toute la supériorité d'un homme illuminé s'adressant à des esprits plongés dans les ténèbres de l'erreur et de l'ignorance, qu'Hahnemann parle de notre pauvre médecine passée et présente, des sottises sans nombre que nous avons commises nous et nos ayeux, quels qu'aient été et que soient du reste leurs systèmes et les nôtres. Si parfois nous avons guéri, au lieu de tuer nos malades, c'est qu'à l'exemple de ce bon M. Jourdain, nous avons fait, non de la prose, mais de l'homœopathie sans le savoir, ou, plus souvent encore, parce que la nature a eu assez de forces pour lutter contre la maladie et contre nos remèdes.

Hahnemann, comme on voit, n'est pas de ces hommes qui cherchent à captiver leurs lecteurs ou leurs auditeurs par voie d'insinuation, et en caressant adroitement l'amour-propre. Loin de là, il vous jette tout cruement ses vérités à la tête, que cela vous fâche ou non : il ne s'agit pas de vous plaire, lecteur, il s'agit au contraire de vous apprendre que vous êtes un ignorant ; que jusqu'ici vous n'avez fait que des sottises ; que vous n'avez jamais radicalement guéri une seule des maladies chroniques que vous avez traitées : cela ne vous fait pas rire, mais consolez-vous ; si la leçon est sévère, nous allons vous donner le moyen de réparer vos fautes, et de faire au moins à l'avenir une médecine qui aura le sens commun.

Sachez donc que toutes les maladies chroniques reconnaissent pour cause première l'un des trois miasmes chroniques suivans : la psore, la syphilis, la sycose. Ce sont les seuls miasmes connus jusqu'ici. A eux seuls ils sont la source de toutes les affections chroniques qui depuis tant de siècles affligent l'humanité ; leur nature a cela de particulier, qu'une fois introduits dans l'économie, ils n'en sor-

tent plus, et que leur action, au contraire des miasmes aigus, loin de s'affaiblir et de s'éteindre après s'être manifestée extérieurement, n'en continue pas moins ses ravages jusqu'à la mort de l'individu. Sous quelque forme et sous quelqu'aspect que se présente une maladie chronique, c'est toujours l'une ou l'autre de ces trois causes, et souvent toutes les trois ensemble, quand elles se compliquent, qu'il faut savoir attaquer si l'on veut triompher du mal : autrement, ou il résiste, ou il n'est pallié que pour un temps. Telles sont les idées fondamentales développées dans l'ouvrage que nous analysons. La gale ou psore est la plus ancienne maladie chronique miasmatique, la plus répandue, la plus fâcheuse, et cependant la plus méconnue; et par ce mot gale, Hahnemann n'entend pas seulement l'éruption vésiculeuse et contagieuse à laquelle nous donnons ce nom ; il rapporte à ce mot, comme à la cause identique d'un grand nombre de lésions extérieures de formes variées, les affections désignées autrefois sous les noms de lèpre, dartre, teigne, etc. Il pense que si la gale n'a plus aujourd'hui les formes hideuses qu'elle avait autrefois, son influence n'en est pas moins désastreuse, et que sa contagion est d'autant plus facile, qu'il y a moins de moyens de s'y soustraire, attendu qu'autrefois les lépreux, objets de dégoût et d'horreur, étaient séquestrés et isolés du reste des hommes; tandis qu'aujourd'hui, avec sa forme plus simple et son apparente innocuité, la gale est devenue le plus contagieux et le plus répandu de tous les miasmes chroniques. La gale n'est donc pas, comme on le croit généralement, une affection purement locale bornée à la peau, et qu'on peut impunément en faire disparaître, croyant après cette disparition avoir guéri le malade; loin de là : avant de manifester sa présence par une éruption à la peau, le miasme psorique a infecté l'organisme entier. Il a, par cela même, établi, déterminé à jamais une maladie générale qu'aucun moyen purement extérieur ne peut guérir. Lors donc que l'éruption s'opère, loin de la faire disparaître, il faut la respecter : car cette première éruption est la condition, en quelque sorte, du soulagement des organes intérieurs soustraits pendant ce temps à l'activité du miasme, alors dirigée sur la peau ; et si, par des moyens intempestifs, on fait disparaître l'éruption, c'est vers les organes du centre que cette action se reporte plus ou moins rapidement, et finit par engendrer cette innombrable série de maux qui, de causes, devenant tour à tour effets, jettent les malades dans l'état le plus triste et le plus déplorable.

Ce n'est donc que par des moyens internes qu'il convient d'attaquer la gale en respectant l'éruption. Ce n'est que par ces moyens agissant sur l'organisme tout entier, qu'on anéantira cette cause dont la présence infecte l'organisme. De même, lorsqu'il s'agira de traiter des maladies secondaires dépendant de cette cause première le plus souvent méconnue par les médecins et les malades, ce sera encore contre elle et non contre les symptômes dominans de la maladie actuelle qu'il faudra diriger sa thérapeutique. Donc le meilleur et le plus sûr moyen de guérir une maladie chronique, dont une gale ancienne, ou mal traitée ou méconnue, est le point de départ, consiste à employer un antipsorique. Suivant l'état du malade, le moyen devra varier : et ici vient de toute nécessité, pour quiconque veut faire de l'homœopathie, se placer l'obligation d'étudier les symptômes déterminés à l'état sain par les divers agens médicamenteux, pour les appliquer homœopathiquement à l'espèce qu'on a sous les yeux. En général, pour la gale récente dont l'éruption n'a pas été répercutée, et même lorsque déjà sous l'influence d'une cause extérieure, telle que le froid, une vive frayeur, cette éruption a disparu, c'est le soufre qui est le remède par excellence. Mais lorsqu'on veut faire usage du soufre comme antipsorique, il importe que cette substance n'ait pas été déjà administrée suivant les pratiques ordinaires, et à des doses énormes, soit en bains, soit en frictions, soit en pilules. Dans ces cas, en effet, il vaudrait mieux avoir recours à un autre antipsorique. Nous reviendrons tout à l'heure sur cet objet, quand il sera question de la préparation et de l'administration des remèdes. Disons d'abord un mot des deux autres miasmes indiqués par notre auteur comme étant avec la gale la source de toutes les affections chroniques graves ou légères.

La sycose est, suivant notre auteur, le miasme qui engendre le moins de maladies chroniques. Sous ce nom de sycose il désigne la cause ou l'agent morbide sous l'influence duquel se développent des végétations, des excroissances aux parties génitales, à la marge de l'anus, plusieurs semaines après un coït impur, accompagnées ou précédées, mais non toujours, d'un écoulement par l'urèthre. Le miasme sycosique est, d'après Hahnemann, tout-à-fait distinct du miasme syphilitique, dont le caractère extérieur essentiel, fondamental, est le chancre. C'est à grand tort, suivant lui, que le chancre et les végétations sont regardés par l'universalité des pathologistes comme la manifestation extérieure d'une cause morbide identique influençant l'organisme. Il n'en est point ainsi d'après notre auteur, et ces deux miasmes distincts n'ont de commun que leur disposition constante à se perpétuer dans l'économie, sans pouvoir jamais disparaître spontanément.

La maladie vénérienne proprement dite, c'est-à-dire chancreuse (syphilis), exerce depuis 1493 sa fatale influence dans la production d'un assez grand nombre de maladies chroniques. Elle est, dit l'auteur, rarement compliquée avec la sycose, ce qui veut dire qu'il est rare, suivant Hahnemann, de trouver sur un même individu des chancres et des végétations. Quoi qu'il en soit, ces deux miasmes sont d'autant plus facilement anéantis par les moyens homœopathiques, qu'ils sont attaqués dans les premiers temps de l'apparition de leurs symptômes caractéristiques ; qu'ils ne se compliquent point les uns les autres, et qu'une médication énanthopathique plus ou moins intempestive n'a pas été employée.

Il est un principe sur l'importance duquel Hahnemann revient sans cesse ; nous en avons déjà dit quelques mots en parlant de la gale; si nous y revenons, c'est parce qu'il ne nous paraît pas seulement intéressant en homœopathie, mais en bonne pathologie : c'est qu'aucune éruption cutanée, à moins qu'elle ne soit le résultat direct d'une irritation physique extérieure, ne doit être considérée comme affection purement locale. Le tégument n'est alors, en quelque sorte, que le tableau où vient se dessiner avec des formes et des caractères variés la disposition morbide existant dans l'organisme; d'où il suit que la disparition d'une éruption n'implique pas comme conséquence nécessaire la destruction manifeste de cette disposition morbide, au moins dans un très grand nombre de cas.

C'est en s'appuyant sur ce principe, qu'Hahne-

mann recommande de n'attaquer jamais par des moyens extérieurs, soit l'éruption de la gale, soit les excroissances de la sycose, soit les chancres de la syphilis. Au moins commence-t-il toujours un traitement interne avant d'employer, ce qu'il ne fait que très rarement, quelques moyens extérieurs.

Voilà donc, suivant notre auteur, quelles sont les trois grandes causes de toutes les maladies chroniques qui affligent depuis des siècles la pauvre humanité. Nommez au hasard les scrofules, la phthisie, l'asthme, l'hypochondrie, la dysurie, le diabétes, l'hypertrophie du cœur, les hernies, la fistule à l'anus, l'ophthalmie, la cataracte, le cancer, le goître, la chorée, la carie, la stérilité, les hémorrhoïdes, la myopie, la goutte; les tumeurs enkystées, que sais-je? tout ce que vous pourrez trouver de noms de maladies chroniques; ce ne sont point des maladies particulières et distinctes; ce ne sont que les symptômes secondaires, caractéristiques du mal miasmatique primitif, devenu manifeste au dehors.

Voilà, il faut en convenir, la nature appréciable des maladies chroniques singulièrement simplifiée. Qu'on soit phthisique, goutteux, rhumatisant, épileptique, hypochondriaque, qu'on soit myope ou stérile, qu'on ait un cancer ou une hernie, la gale est là pour répondre à tout. Cette manière de voir est admise d'une manière tellement positive par notre auteur, qu'il avance quelque part que, quand même ni le malade ni ses parens n'auraient aucun souvenir de l'existence d'une affection psorique antérieure, quand même sa peau n'en eut jamais offert la moindre trace, il faudrait encore admettre que le miasme existe en lui par cela seul qu'il est malade (1).

Nous avons tâché dans cet exposé rapide de résumer ce que présente de saillant la première partie du premier volume. Pour compléter notre tâche, il nous reste à faire connaître quels sont les moyens à l'aide desquels on peut combattre sûrement les trois miasmes chroniques, à leur début; et prévenir par là la série de maux que leur séjour dans l'économie ou un mauvais traitement comme celui des allopathistes entraînent à leur suite. Puis nous dirons deux mots sur le traitement des complications. Le reste de l'ouvrage est consacré à la description des symptômes produits à l'état sain, par les divers agens antipsoriques.

La gonorrhée dépendant du miasme sycosique, et les excroissances dont il est la source, c'est-à-dire la sycose entière, sont guéries de la manière la plus radicale par l'usage intérieur du suc de thuya, homœopathique en pareil cas. On imbibe deux ou trois globules de sucre pur, gros comme des graines de pavot, avec une solution au décillionième (c'est-à-dire avec la centième partie d'un millionième de goutte de ce suc), et au bout de vingt, trente ou quarante jours, on donne une dose tout aussi faible d'acide nitrique étendu au billionième, qu'on laisse agir pendant le même laps de temps. On obtient ainsi guérison complète, sans rien appliquer à l'extérieur. Seulement, dans les cas les plus invétérées et les plus graves, il convient de toucher les végétations avec le suc entier des feuilles vertes de thuya, étendu avec parties égales d'alcool.

Pour la syphilis, lorsque le chancre où le bubon existe encore, on peut, lorsqu'aucune complication de gale n'existe, et que le malade est jeune et gai, obtenir une guérison radicale et pour toujours, en moins d'une quinzaine, par l'emploi de deux ou trois globules de sucre imbibés d'une solution de mercure coulant au billionième degré.

Voulez-vous maintenant connaître le moyen bien simple de guérir la gale, cette source de tant de maux, lorsque déjà, on n'a pas administré de préparations sulfureuses au malade, car cette condition est importante pour l'emploi du soufre en ce cas? On prend cinq grains de fleurs de soufre qu'on lave avec de l'alcool. Après les avoir fait sécher on les introduit dans un petit flacon, et l'on verse dessus cent gouttes d'alcool pur. On bouche le flacon, on lui imprime une seule secousse par un mouvement brusque du bras de haut en bas. On le laisse ensuite reposer au frais pendant vingt-quatre heures. On décante le liquide qui forme alors la plus faible dissolution de soufre, et qu'Hahnemann appelle alcool soufré. Pour l'usage, on prend le flacon, on le retourne pour mouiller le bouchon qui le ferme, et avec l'extrémité mouillée de ce bouchon on imbibe légèrement deux à trois petits globules ou dragées faites de sucre et d'amidon. Après quoi ces globules sont placées sur la langue et avalés. En évitant toute influence médicamenteuse étrangère, et en suivant un régime convenable, la guérison se fera rarement atteindre au-delà de vingt-quatre ou trente jours.

Ce résultat vous étonne, et vous allez vous récrier. Attendez un peu: si après avoir consommé vos cent gouttes de dissolution spiritueuse, vous en préparez cent autres, et cent autres, et toujours cent autres pendant nombre d'années, ce qui suppose que vous aurez traité un nombre prodigieux de personnes galeuses (car une goutte suffit pour imbiber cent globules), vous vous avisez de rechercher ce que vos cinq grains de fleur de soufre sont devenus, car ce sont toujours les mêmes qui auront servi à vos dissolutions, vous serez tout surpris de voir que leur poids n'a pas diminué d'une manière sensible. Pour le coup vous allez vous révolter, car, comme le dit Hahnemann qui s'y est attendu, vous ne manœuvrez contre les maladies qu'avec dix, vingt, trente grains de soufre en masse, répétés plusieurs fois par jour. Vous ignorez que c'est par une vertu purement dynamique, et non par leur masse qu'agissent les médicamens homœopathiques.

Lorsque deux des miasmes ou tous les trois se trouvent réunis chez le même malade, cette complication rend le traitement beaucoup plus difficile. Il convient de les attaquer successivement par les antipsoriques les plus homœopathiques aux symptômes présens, en commençant par celui qui parait devoir être le moins rebelle, pour arriver au plus ancien et au plus tenace. De pareils traitemens exigent souvent deux années.

Enfin il arrive parfois que le traitement antipsorique d'une maladie chronique est troublé par un accident inopiné, une maladie régnante sporadique ou épidémique. Vous comprenez combien grande en ce cas est la difficulté qui se présente au médecin homœopathiste. Car s'il donne un remède approprié à la maladie nouvelle, il détruit l'effet de son antipsorique. Heureusement Hahnemann a fait connaître le moyen de combattre la maladie intercurrente, sans nuire à l'action du remède antipsorique: on prend un globule de sucre de la grosseur d'une

(1) Ce passage nous rappelle involontairement cet autre bien connu: « Quand même il ne serait pas fou, il faudrait qu'il le devînt pour la beauté de vos raisonnemens. » (MOLIÈRE.

graine de moutarde; on l'imbibe de la solution médicamenteuse portée au même degré de dilution qu'elle doit avoir quand il s'agit de l'administrer homœopathiquement à l'intérieur. On enferme ce globule dans un petit flacon, qu'on fait respirer au malade une seule fois et un seul instant. De cette manière, vous guérissez la maladie intercurrente, fut-ce une variole ou une pneumonie, et vous n'altérez en rien l'action du premier remède.

Lecteur, vous le voyez, je vous conduis de surprise en surprise, car je gage que ce résultat vous étonne encore plus que les autres. Est-ce parce que vous ne comprenez pas ? Eh mon dieu ! Hahnemann lui-même ne le comprend pas plus que vous ! il l'avoue au reste très ingénuement : car, qu'est-ce que l'on comprend bien en ce monde, et surtout dans cette science de l'homme ? Comprenez-vous le quinquina et la vaccine ? Mais, direz-vous, cela est-il vrai, l'avez-vous vu ? Je répondrai que pour la vérité, ce n'est pas moi qui la garantis ; que jusqu'ici j'ai cherché à voir et n'ai rien vu d'assez positif pour lever moi-même vos scrupules. En cherchant bien, peut-être serez-vous plus heureux que moi. Du reste, si l'homœopathie n'est qu'une chimère, les travaux de son inventeur resteront au moins comme de remarquables monumens de patience, de laborieuses et pénibles recherches : si c'est une vérité, elle finira tôt ou tard par prendre son rang, mais j'ai grand peur qu'elle ne languisse long-temps au fond du puits.

J. G. Sabatier.

---

Traité complet de l'anatomie de l'homme, comprenant la medecine operatoire, par le docteur Bourgery; avec planches lithographiées d'après nature, par N.-J. Jacob. Ouvrage divisé en quatre parties : Anatomie descriptive, chirurgicale, générale et philosophique. Livraison IX à XIV (1).

Déjà deux fois (2) nous avons eu occasion d'entretenir nos lecteurs de ce grand et bel ouvrage, la plus vaste et la plus magnifique production iconographique qui ait été publiée jusqu'ici sur l'anatomie, si l'on en excepte toutefois les planches de Caldani. Ce n'est pas cependant que je veuille donner à ce dernier ouvrage la supériorité sur celui de MM. Bourgery et Jacob. A part l'immense grandeur du format, et la gravure qui a été employée pour toutes les planches, l'atlas de Caldani ne peut être comparé à celui de nos deux anatomistes, en ce que le travail de ces derniers est entièrement original et fait d'après nature, tandis que l'iconographie de l'anatomiste italien, d'un prix trois fois plus élevé, n'est que la copie des meilleures planches publiées avant lui par Albinus, Loder, Sœmmering, Sandifort, Ruisch Mascagni, Scarpa, Vicq d'Azyr, etc. Il n'y a donc rien de comparable à l'ouvrage de MM. Bourgery et Jacob.

En rendant compte des neufs premières livraisons de cet ouvrage, nous avons eu soin de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'opinion de deux de nos plus célèbres anatomistes, MM. Duméril et Cuvier, qui ont fait chacun à l'Institut un rapport sur le traité iconographique de MM. Bourgery et Jacob. Tout ce que nous pouvons ajouter aujourd'hui, c'est que l'ouvrage continue à justifier les éloges des deux savans que nous venons de citer. Sans entrer dans aucun détail anatomique ou iconographique que la nature de cet article ne comporte pas, nous dirons qu'indépendamment de la perfection des dessins, de la beauté de l'impression, confiée aux presses de M. Jules Didot, de la richesse du papier et de tout ce qui tient à l'exécution matérielle, toutes les planches sont originales, faites d'après des préparations d'une exactitude parfaite, et sans aucun rapport avec les figures publiées jusqu'ici.

L'ostéologie comprend des planches sur fond noir destinées à faire connaître un point tout-à-fait nouveau de la structure des os, c'est-à-dire que ces organes présentent intérieurement une sorte d'architecture propre à chacun d'eux, et appropriée aux usages que chaque os est appelé à remplir. La syndesmologie n'offre pas moins d'intérêt; les auteurs l'ont enrichie de plusieurs ligamens qui avaient échappé jusqu'ici aux recherches des anatomistes. Dans la myologie, ils se sont attachés à présenter les muscles sous le triple point de vue de l'anatomie descriptive, de la chirurgie et des beaux-arts ; leurs masses relatives, leurs contours, leurs faisceaux, les ramifications vasculaires qui les traversent, tout s'y trouve exprimé avec la plus grande exactitude. C'est ainsi que des recherches suivies avec persévérance, des dissections minutieuses et attentives, conduisent nos auteurs non seulement à reproduire la nature telle que nous la connaissons, mais encore à enrichir la science de plusieurs faits intéressans, inconnus aux anatomistes, leurs devanciers.

Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de cette grande publication, dont la traduction anglaise, qui vient de paraître, obtient chez nos voisins un succès supérieur peut-être à celui de l'ouvrage original.

La XIVe livraison, la dernière publiée, contient la fin de la myologie. B—J.

(1) A la librairie anatomique, rue de l'École-de-Médecine, n° 18.

Conditions de la souscription. — L'ouvrage entier formera environ 50 livraisons; chaque livraison, format in-fol., est composée de trois à quatre feuilles de texte et de huit planches avec leurs explications en regard.

Prix de la livraison. — Le texte et les planches imprimés sur papier vélin satiné :

Les planches en noir, 8 fr.

Id. en noir, sur papier de chine, 12 fr.

Id. coloriées avec le plus grand soin, 16 fr.

(2) Voyez Revue médicale, tome III, 1831, p. 352, et Tome II, 1832, p. 362.

---

Répertoire général des principaux modes de traitement, des médicamens et des procédés qui ont été conseillés dans ces quarante dernières années, par le docteur Rinna de Sarenbach. In-8 (en allemand). Vienne, 1833.

Ce livre doit être considéré comme une vaste table raisonnée de toute la thérapeutique médico-chirurgicale. Le premier volume, que nous avons sous les yeux, va de la lettre A jusqu'à la lettre I. Les maladies sont rangées par ordre alphabétique, et à la suite de chacune d'elles est tracée l'énumération de tous les modes de traitement qui ont été mis en usage pour la guérir. Néanmoins, on aurait tort de chercher dans cet ouvrage un exposé complet de toutes les méthodes curatives, une discussion approfondie des meilleurs moyens à employer dans un cas donné; telle n'a pas été la prétention de

l'auteur; il a voulu seulement servir de guide au médecin praticien dans le dédale de nos richesses thérapeutiques, lui indiquer les sources ou il peut puiser, dresser en un mot un état des ressources qui sont à notre disposition pour combattre les affections variées auxquelles l'homme est sujet. Ce répertoire remplit donc une lacune importante, et mérite les plus grands éloges. En effet, comme l'auteur renvoie toujours aux sources originales, le thérapeutiste peut s'enquérir des détails nécessaires à l'intelligence complète de la méthode curative. On ne peut s'empêcher, en parcourant ce volume, d'admirer la patience et l'érudition de l'auteur; tous les écrits périodiques de la France, de l'Allemagne, de l'Angleterre, de l'Italie et de l'Amérique, tous les mémoires originaux, tous les traités généraux et particuliers, ont été compulsés, et sous ce point de vue l'ouvrage me semble irréprochable. Il en est un autre sous lequel il pourrait peut-être prêter matière à la critique, c'est que les maladies ne sont pas assez bien indiquées, assez nettement circonscrites. Ainsi, à l'article Herpes, l'auteur nous donne une liste de médicamens employés contre cette maladie, sans désigner l'espèce d'herpes dont il s'agit. Dans d'autres cas, c'est un symptôme seulement, tel que la fièvre, la toux, qui se trouve indiqué, et la liste de médicamens qui le suit est alors de peu de valeur, puisque ces médicamens varient suivant la maladie dont le symptôme n'est que le résultat. L'auteur a eu d'ailleurs l'heureuse idée de réunir ensemble, à l'article *Purgatif*, par exemple, tous les médicamens qui agissent comme tels sur le canal intestinal; le lecteur peut ainsi voir d'un seul coup-d'œil quelles sont les substances que la nature met à sa disposition pour produire un effet donné. Nous faisons des vœux pour que l'auteur persévère dans sa louable entreprise, et nous donne ainsi un tableau complet des sources où nous pouvons puiser dans l'état actuel de la science. C. M.

---

Discours sur la vie universelle, par F. Ribes, professeur à la Faculté de medecine de Montpellier.

Le discours que nous annonçons vient d'être prononcé par M. le professeur Ribes, à l'ouverture de son cours d'hygiène pour l'année 1833. Ce n'est pas, comme on pourrait le penser, une simple introduction à la spécialité que le professeur est chargé d'enseigner, ni l'exposition d'un plan d'étude sur quelque partie de l'hygiène; c'est autre chose, et bien plus que cela, c'est le tableau sommaire et complet d'un système nouveau sur la science de la vie, aspirant à embrasser l'ensemble des connaissances humaines. Le titre de vie universelle sous lequel il est présenté est bien l'expression de la pensée de l'auteur, qui essaie de refaire la physiologie, ou mieux la science de la nature entière, d'après les principes d'une nouvelle théorie. Qu'on ne s'attende donc pas à nous entendre discuter avec ce professeur quelque point particulier d'hygiène ou de médecine. Encore une fois, il s'agit dans ce discours d'une réforme de la science générale et de sa reconstruction sur d'autres bases. Suivons M. Ribes dans cette haute métaphysique, afin de voir à quels titres son entreprise se recommande et sous quels rapports elle mérite d'être critiquée.

Son exposition est comprise dans huit articles. L'auteur met en principe que tous les êtres vivent de la même vie; que le minéral comme le végétal, le végétal comme l'animal, sont animés des mêmes forces qu'ils puisent dans une action propre et dans les influences des autres corps. Ainsi, point de différences fondamentales entre les règnes de la nature ni les diverses classes d'êtres. Ils sont tous formés sur le même modèle, non pas simplement à l'égard de l'arrangement de leurs parties organiques, ou dans ce sens, comme on le dit aujourd'hui, qu'il y a dans la structure des êtres unité de plan et de conformation matérielle, mais encore par rapport à la manière dont ils agissent ou fonctionnent. L'unique différence qui les distingue vient des degrés auxquels ils jouissent de la vie; de manière qu'en passant de la molécule minérale jusqu'à l'homme, on s'élève en perfection sans aucun changement dans la nature des êtres. Ainsi, la vie végétale n'est que la vie minérale en progrès, comme la vie animale relativement à la vie végétale. La même chose a lieu pour l'homme vis-à-vis des animaux placés derrière lui dans l'échelle animale. En outre, les êtres supérieurs contiennent et résument les vies des êtres inférieurs; de sorte que l'homme, qui est à la tête de la série, résume et comprend toutes les vies inférieures, de même qu'un seul homme, le plus haut placé dans l'échelle de l'espèce humaine, résume et comprend tous les individus de son espèce.

Dans cette théorie M. le professeur Ribes se représente l'univers comme l'infini, Dieu lui-même, le réservoir commun de la vie. Mais ce grand tout, cet Univers-Dieu se manifeste au dehors par une multitude d'êtres, émanations de sa nature, dont ils se rapprochent ou s'éloignent suivant la perfection relative de leur vie, ou, ce qui revient au même, les degrés de leur vitalité. On voit par là que tous les êtres, ainsi que nous l'avons établi, sont animés de la même vie, quoiqu'ils n'en jouissent pas avec la même mesure, et qu'en passant de l'un à l'autre on trace une échelle de gradation dans laquelle tous se trouvent ordonnés suivant la proportion de cette vie, ou, comme le dit M. Ribes, dans laquelle tous se trouvent hiérarchisés. Les liens de cette hiérarchie sont d'autant plus intimes qu'on touche de plus près aux êtres les plus parfaits.

Parmi les manifestations de l'être universel, on voit la terre. La terre, c'est-à-dire le globe et tout ce qui y tient, minéraux, végétaux, animaux, est une des parties du grand tout vivant. Elle possède une vie propre et participe de la vie universelle. Elle prend place dans la hiérarchie des êtres, ayant comme eux son moi et son non-moi. Comme l'univers lui-même, elle a une foule de manifestations participant de sa vie et douées toujours d'une vie propre; toutes ses manifestations possèdent la même vie, mais à des degrés et selon des modes divers : ce qui fait de la terre un petit monde un et multiple comme le grand tout. Toutes ses parties sont à leur tour des êtres uns et multiples. Au bas de l'échelle hiérarchique qu'elles forment se trouvent les minéraux, l'homme en occupe la sommité.

Qu'on ne parle plus en géologie de cataclysmes ou de révolutions. Tout est bien dans la nature, ce qui se conçoit puisque le tout est Dieu; seulement le bien se perfectionne, et c'est pour cela que ce qu'on appelle les révolutions du globe ne sont réellement que la succession des âges de la terre. L'auteur esquisse le tableau de ces âges et s'efforce de refaire la Genèse.

M. le professeur Ribes poursuit l'application de ses principes dans toutes les divisions admises dans les êtres créés. Il est inutile de l'y suivre pas à pas : qu'il nous suffise de dire que les minéraux, les végétaux, les animaux et l'homme ont leur tour de ces applications; que ces classes sont des reflets ou mieux des manifestations de l'infini, animées en cette qualité de la vie universelle, mais pourvues aussi d'une action propre qui permet de les étudier par abstraction comme autant de classes distinctes. Toutefois, il doit être entendu que ces classes, ces divisions entre les règnes de la nature, sont de pures imaginations; que, dans la vérité, ces êtres possèdent une nature identique, et que leurs différences ne tiennent qu'aux degrés dont ils en jouissent, de sorte que, comme nous l'avons déjà dit, les minéraux, les végétaux, les animaux et l'homme sont le même être; seulement de plus en plus parfait.

Pénétrons un peu profondément dans la discussion des idées que nous venons d'exposer. Le principe de M. le professeur Ribes est celui des panthéistes de tous les âges, depuis Xénophanes et Parménide jusqu'à Lucrèce et Spinosa. L'être, disait Xénophanes, est un, il est toujours semblable à lui-même; et Parménide : l'existence réelle est unique et indivisible; homogène partout, elle est parfaite au plus haut point. Telle était l'opinion des premiers panthéistes. Zénon de Cittie et ses disciples l'ont enseignée avec quelques légères modifications. Cette pensée panthéistique, issue du besoin de se rattacher à une cause unitaire au milieu du conflit des systèmes polythéistes de la Grèce, se retrouve jusque dans les écrits de quelques pères de l'église, et même dans saint Augustin, avant l'époque où la magnifique unité du dogme catholique fût définitivement constituée.

Dans des temps plus voisins de celui-ci l'idée panthéistique a été exhumée par le même besoin de rapporter à un principe unitaire les systèmes disparates qui se sont produits depuis la réforme, qui est la négation de la grande unité catholique; c'est ainsi qu'on trouve des traces non équivoques de panthéisme dans Descartes et surtout dans Leibnitz, à la suite desquels Spinosa, plus précis qu'aucun de ses devanciers, publia une doctrine panthéistique complète. D'après cet illustre métaphysicien, il n'y a qu'une substance; cette substance est infinie; elle est tout ce qui est, elle est Dieu; il l'appelle une substance primitive, universelle Il ne nous est pas permis d'insister ici sur la valeur de l'idée panthéistique Tout ce que nous voulions établir en résumant l'histoire de ses progrès, c'est sa conformité avec la principale base du système de M. le professeur Ribes. La seule différence, c'est que, au lieu d'être livrée pour ce qu'elle est, comme dans les systèmes précédens, M. Ribes l'accepte en lui refusant son véritable caractère; car nous croyons savoir que M. Ribes repousse la qualification de panthéiste.

Quoi qu'il en soit, les idées du professeur Ribes sont passibles de tous les reproches adressés aux panthéistes. Que peut-il résulter, nous le demandons avec instance, de cette uniformité entre tous les êtres, établie par le professeur de Montpellier, de leur enchainement en vertu des mêmes lois, de l'identité absolue de leur vie? Là où tous les corps ne forment qu'une chaîne étroitement liée et comme un seul ensemble vivant de la même vie, animés des mêmes forces, entraînés incessamment les uns vers les autres, la conséquence rigoureuse c'est l'abolition de toutes les individualités et l'extinction complète de toute activité personnelle. Le fait qui domine dans ce système, c'est la vie universelle, la participation de tous à cette vie commune; dès lors où peuvent être les motifs de la spontanéité et de l'activité indépendante des êtres? Le professeur se débat contre cette difficulté; c'est pour s'y soustraire que dans le cours de son travail il s'efforce de trancher les caractères des individus et des espèces; il fait plus, il crée des êtres imaginaires auxquels il impose les attributs de l'individualité; car, dit-il, les espèces ont une existence réelle; de telle sorte qu'il ne lui répugne pas de regarder comme des êtres la minéralité, la végétalité, de même que l'animalité et l'humanité, et qu'en obéissant à la tendance de cette pensée, ses créations bizarres n'auraient pas d'autres limites que le nombre des espèces minérales, végétales ou animales qui sont répandues à la surface du globe. Mais ces efforts sont de la peine perdue, car nous ne trouvons aucune preuve de l'existence de cette puissance individuelle, et nous ajoutons qu'elle est introuvable d'après les principes admis par M. Ribes. Dans ce système il ne peut exister aucune division réelle entre les classes d'êtres, pas plus qu'entre les espèces et les individus, puisqu'ils sont tous jetés dans le même moule et formés des mêmes élémens. En quoi consiste donc la diversité d'où résultent définitivement les caractères des individus? M. Ribes ne peut leur supposer d'autres différences que celles du plus ou moins. Mais n'y a-t-il rien autre que du plus ou du moins entre un animal et un végétal, entre un végétal et l'homme? Ainsi, dans l'univers, il n'existe, d'après ce système, qu'une vaste unité compacte sans aucune diversité, c'est-à-dire sans mouvement et sans vie.

Appliqué à la science, le même système sème la confusion dans tous les faits, en effaçant les limites qui les séparent. On peut même dire qu'il n'y a pas de science possible, s'il est vrai que la science ne soit qu'une complication de causes et d'effets liés par autant d'espèces de lois qu'il y a d'expressions dans les phénomènes de la nature; car ici il n'y a ni cause, ni effet; on n'aperçoit qu'un fait unique sans cause, ou plutôt qui est à lui seul sa cause et son effet : Dieu en un mot. Il ne nous appartient pas de rechercher les titres de cette singulière divinité. Contentons-nous de rappeler à cette occasion la raillerie dont Juvénal poursuivait déjà le panthéisme antique :

*Porrum accœpe nefas violare ac frangere morsu,*
*O sanctæ gentes, quibus hæc nascuntur in hortis*
*Numina!*

Si la science disparaît dans le chaos de la vie universelle, la physiologie et la médecine ne tiennent pas davantage. Puisque tout est Dieu, que tout respire l'ordre et l'harmonie, et que définitivement il n'y a que des passages du bien au mieux, ou, en d'autres termes, si tout est bien sans mélange de mal, il n'y a pas lieu certainement à aucun désordre fonctionnel ou à aucune maladie; ce qui se conçoit d'autant mieux que tout est Dieu, et que l'homme comme le monde n'est qu'un prolongement de la perfection infinie. A quoi bon s'évertuer à faire la part du sujet de l'hygiène et de celui de la thérapeutique? Pour nous, nous dirons avec plus de rigueur de logique que n'en montre M. le pro-

fesseur Ribes, que la chose à faire, puisque tout va éternellement de mieux en mieux, c'est de ne rien faire du tout, de nous laisser aller tout doucement à la pente qui nous pousse à une amélioration progressive, où si nous nous trouvons par hasard ou providentiellement, si l'on veut, dans des rapports peu agréables avec la vie universelle, de croiser les bras, ou, ce qui est plus expéditif, de hâter nous-mêmes une transformation qui ne peut arriver que pour le mieux, puisque, encore une fois, nous demeurons invinciblement attachés aux évolutions d'un grand tout, dont la nature divine est un gage de notre bonheur définitif.

Tels sont donc, sous le rapport scientifique, les corollaires de la doctrine professée par M. Ribes. Abolition de toute science, puisqu'il n'y a ni cause ni effet, et que les lois de la nature se perdent dans les mystères de l'essence même de Dieu; pas de médecine surtout, car le mal n'existe pas, et que, du reste, il n'en serait ni plus ni moins en essayant de lutter contre un ordre de choses lié indissolublement à des évolutions nécessaires du monde. Le résultat définitif est l'état d'inertie intellectuelle en présence de la succession d'événemens dont les lois sont immuables et fatales, comme autrefois la volonté du destin. M. Ribes s'efforce en vain de dégager l'individualité des êtres, et particulièrement la personnalité humaine, de cette masse de vie universelle, dans laquelle elles sont abîmées; il n'y parviendrait qu'en gratifiant chaque être, et les espèces, et les classes dans lesquelles elles sont comprises, de qualités spéciales, indépendantes de celles de l'ensemble. A ce prix seulement elles reprendront l'activité dont il les prive, et la spontanéité, qui est la source de la vie intellectuelle et morale de l'homme. Mais en restant fidèle aux principes que nous venons de combattre, nous défions M. Ribes de faire un seul pas en médecine; s'il y persiste, nous l'ajournons à la réalisation de ses idées.

En attendant, nous ne pouvons nous empêcher de parler de celles qui ont été tentées sous nos yeux dans un autre ordre de phénomènes ; car il est indispensable de prévenir que le système scientifique de M. le professeur Ribes n'est que le rayon d'un système plus général, qui a ses applications à tous les ordres de faits. Voici quelques-unes des conséquences auxquelles les partisans de ces idées ont été entraînés en politique et en morale : 1° L'absorption de l'individualité humaine dans la personne du chef ; 2° le rétablissement du régime des castes antiques; 3° la consécration de l'égoïsme; 4° la promiscuité des sexes, d'où l'abolition des liens de famille, etc., etc. M. Ribes repousse certainement ces conséquences, trop absurdes pour être dangereuses, d'une semblable doctrine. Cependant nous lui donnons à juger si l'admission de l'attraction animée entre les êtres, comme seule expression de la vie, la pensée que les êtres supérieurs résument et comprennent toutes les vies inférieures, enfin la pénétration réciproque de toutes les vies dans la vie universelle ne sont pas un acheminement naturel à ces extravagances politiques et morales dont quelques hommes, la plupart faibles et crédules, et deux ou trois seulement ambitieux et fourbes, nous donnent encore le spectacle.

---

Recherches pathologiques et pratiques sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière, par Jean Abercrombie; traduites de l'anglais et augmentées de notes très-nombreuses, par N. Gendrin, D.-M.

L'ouvrage se compose de quatre parties, dont chacune est suivie d'un appendice sur des questions qui se rattachent à celles traitées dans chaque partie; en outre, le traducteur a placé un grand nombre de notes, souvent très-longues, destinées, suivant son expression, à compléter les observations de l'auteur sur des points que ses travaux l'ont mis dans le cas d'étudier plus directement. La traduction a été faite sur la seconde édition, qui, bien que peu différente de la première, offre cependant des augmentations assez importantes.

Dans la première partie, qui est consacrée à l'étude des inflammations encéphaliques, l'auteur passe en revue toutes les inflammations des organes contenus dans le crâne, quels que soient leur siége, leur degré d'intensité et leur mode de terminaison, ce qui lui fournit autant de sections ou de divisions pour l'examen de ces faits importans de l'étude de ces inflammations; mais avant d'entrer dans cette étude, il expose le tableau général des symptômes de ces phlegmasies, en avouant que l'état de nos connaissances sur les maladies de l'encéphale ne lui permet point de déterminer les symptômes propres aux phlegmasies de la substance du cerveau, et ceux qui les distinguent des inflammations de ses membranes.

Les formes sous lesquelles ces maladies se sont présentées à l'observation du docteur Abercrombie sont au nombre de cinq, et la description qu'il en donne est essentiellement pratique ; il la dégage de toute idée théorique et même n'examine point si toutes ces formes doivent être considérées comme des affections primitives ou idiopathiques de l'encéphale, ou si quelques-unes ne sont pas au contraire secondaires ou symptomatiques. Mais ces formes, déjà un peu nombreuses, offrent encore beaucoup de variétés qu'il est impossible de renfermer dans une description générale, et qui malheureusement ne peuvent, ainsi que les différentes formes, être rapportées au siége qu'occupe l'affection.

Cette variété de formes dans les affections de l'encéphale est l'un des plus grands obstacles aux progrès des connaissances de ces phlegmasies ; mais on ne l'observe pas seulement dans l'ensemble de la marche, on la retrouve encore dans l'examen des symptômes particuliers. Nous citerons, par exemple, l'état des pupilles. « Dans quelques cas, dit M. Abercrombie, elles continuent à être sensibles au contact de la lumière, et dans d'autres elles sont extraordinairement contractées; quelquefois, après avoir été dilatées et insensibles, elles reprennent leur sensibilité. Il arrive aussi qu'une pupille est contractée, tandis que l'autre est dilatée et insensible. On rencontre parfois des alternatives de contraction et de dilatation. Enfin, on voit aussi les pupilles, au contraire de l'état physiologique, se dilater au contact de la lumière. J'ai observé ces symptômes plusieurs fois. J'ai constaté les faits; mais je suis incapable de préciser les circonstances dans lesquelles ils arrivent. De tels aveux sont sans doute pénibles; mais il vaut mieux reconnaître l'insuffisance de nos connaissances sur quelques points que de chercher à la dissimuler par des assertions hasardées. »

L'encéphalite peut devenir funeste par épanchement de sérosité. Autrefois, cet épanchement constituait pour les observateurs la maladie elle-même; aujourd'hui, on le regarde généralement comme le résultat de l'inflammation. La sérosité, dans ces cas, varie considérablement dans ses caractères. Elle est quelquefois limpide; d'autres fois, laiteuse; dans quelques cas, elle est mêlée à une matière jaune floconneuse; dans d'autres, elle est presque purulente. Il est difficile d'assigner la cause de ces variétés; cependant M. Abercrombie présume que le fluide sera floconneux toutes les fois que la membrane elle-même sera enflammée, et que lorsqu'il sera limpide, c'est que l'inflammation aura son siége dans les parties que revêt immédiatement cette membrane, l'exhalation de la séreuse n'est alors troublée que secondairement. L'épanchement séreux peut cependant survenir par une autre cause que l'inflammation, telle que la gêne de la circulation dans le cerveau produite par différentes causes toutes mécaniques :

Par formation d'une fausse membrane, ce qui n'a lieu que quand l'inflammation a son siége dans une membrane;

Par suppuration. Le pus peut se trouver sur tous les points de l'encéphale ou de ses membranes; mais c'est surtout dans la substance cérébrale que se forment les épanchemens purulens qui peuvent être réunis en foyers ou mêlés avec la même substance cérébrale désorganisée;

Par ramollissement. Suivant M. Abercrombie, le ramollissement diffère entièrement de la suppuration, en ce que la pulpe altérée n'a ni la couleur, ni l'odeur du pus, et que « le tissu blanc du cerveau, et dans lequel on observe le plus souvent cette altération » a conservé sa couleur blanche. On trouve des ramollissemens dans toutes les parties du cerveau; « mais leur siége le plus ordinaire, d'après mes observations, est dans la pulpe blanche et dense qui forme le corps calleux, la voûte à trois piliers et le septum lucidum. » Ne semble-t-il pas ressortir des expressions de M. Abercrombie que nous venons de signaler, que cet auteur, qui depuis si long-temps s'occupe avec succès de recherches sur les affections de l'encéphale, n'aurait observé le ramollissement que dans la substance blanche? Aussi ce qu'il dit du ramollissement ne nous semble pas devoir convenir à ce que l'on entend généralement en France par ramollissement cérébral, cette expression étant spécialement consacrée au ramollissement idiopathique que l'on observe le plus souvent à la surface du cerveau dans la substance grise, tandis que le ramollissement qu'a observé M. Abercrombie paraît être uniquement celui que l'on rencontre dans les parties centrales du cerveau à la suite des phlegmasies cérébrales très-intenses, mais bien plus fréquemment encore à la suite des fièvres continues, spécialement des fièvres typhoïdes, et généralement des affections désignées autrefois sous le nom d'hydrocéphale aiguë.

Aussi, il distingue deux sortes de ramollissement: celui qu'il paraît avoir rencontré presque uniquement et qu'il considère comme un produit de l'inflammation, et celui observé et décrit par M. Rostan, et qu'il semble disposé à considérer comme une espèce de gangrène résultant de l'ossification des artères du cerveau. La discussion de ce point important de la pathologie des affections cérébrales nous semble demander des développemens plus étendus que ceux dans lesquels est entré M. Abercrombie. Ainsi, nous voudrions savoir à laquelle de ces deux classes il rapporte le ramollissement qu'on observe assez souvent dans les parties centrales du cerveau, chez des personnes jeunes, dans toute la force de l'âge, qui succombent à une fièvre continue sans qu'aucun symptôme ait indiqué pendant la vie cette altération, et qui se lie souvent à un ramollissement très-remarquable des viscères les plus importans : le cœur, le foie, les poumons, la rate, quelquefois tout le système musculaire. N'est-ce pas la même cause qui produit le même phénomène simultané dans ces différens organes? Est-ce l'inflammation ou la gangrène produite par l'ossification des vaisseaux, où ne serait-ce pas plutôt une gangrène dépendant d'une autre cause?

Du reste, nous contestons aussi la proposition suivante, avancée par le traducteur, que l'anatomie pathologique suffit pour établir, entre les différens ramollissemens cérébraux, une différence assez tranchée pour faire distinguer ceux qui dépendent d'une inflammation de ceux qui ne reconnaissent point cette cause. Les uns et les autres peuvent avoir des caractères très-tranchés dans l'Histoire anatomique des inflammations de M. Gendrin; mais nous prenons la liberté de lui contester que, dans un certain nombre de cas, il en soit de même sur la table des amphithéâtres.

Il est triste de voir l'auteur, après l'examen de ces différens modes de terminaison de l'encéphalite, terminer en disant qu'il est complètement impossible de juger, d'après les symptômes que présente un malade, de quelle manière la phlegmasie encéphalique s'est terminée.

La dure-mère semble beaucoup moins sujette à l'inflammation idiopathique que les autres membranes de l'encéphale. On a cependant recueilli un certain nombre de faits dans lesquels elle fut affectée dans une grande étendue sans aucune altération de l'os. M. Abercrombie n'en a observé qu'un seul exemple qu'il rapporte, et qui offre un grand intérêt, ainsi qu'un cas analogue, emprunté par le traducteur au Journal général de Médecine; mais il est assez fréquent de trouver cette membrane malade en même temps que l'oreille interne et la portion pierreuse du temporal. Cette maladie insidieuse et si souvent funeste, s'annonce en général par une douleur dans l'oreille; elle peut même, pendant quelque temps, être considérée comme n'étant en effet autre chose qu'une simple douleur. Il se manifeste quelquefois un écoulement par l'oreille; on croit qu'il soulage la douleur, mais loin de diminuer, elle ne fait qu'augmenter. Le malade devient ensuite affaissé et assoupi; il se manifeste alors un délire léger, souvent accompagné de frisson, et le malade tombe enfin dans le coma.

Si nous écartons de ces symptômes ceux qui sont produits par l'extension de l'inflammation aux autres organes, tels que le délire, la fièvre, le coma, nous retrouvons pour symptôme unique de l'inflammation de la dure-mère la douleur locale, correspondante au siége de la maladie. Mais comment établir le diagnostic d'une affection sur un seul symptôme, et qui se trouve dans tant d'affections différentes?

M. Abercrombie ne sépare point l'inflammation de l'arachnoïde de celle de la pie-mère; cette phlegmasie est fréquemment jointe aux autres affections aiguës du cerveau, mais on la trouve si souvent isolée, que l'on peut indiquer les accidens qu'elle produit immédiatement. Le plus fréquemment elle

débute par une longue et subite attaque de convulsions. Cette attaque est quelquefois précédée de céphalalgie et de vomissemens, mais d'autres fois elle n'est annoncée par aucun prodrome : cette attaque de convulsions est en général longue et intense; elle est quelquefois immédiatement suivie de coma qui alterne avec des retours de convulsions jusqu'à la terminaison fatale, qui arrive en peu de jours. Huit observations détaillées donnent des exemples des différentes formes de la méningite, de celle de la base et de la convexité du cerveau, de celle des ventricules et du cervelet; tous ces faits présentent la méningite exempte de complication avec toute affection grave du cerveau.

Une des formes admises par M. Abercrombie nous paraît cependant mériter une attention particulière. Elle est très-dangereuse et ne laisse d'autre trace qu'une forte injection vasculaire; elle est très-commune chez les femmes d'une constitution délicate et irritable, mais elle s'observe aussi chez des sujets de l'autre sexe, et spécialement chez des individus intempérans. Le désordre principal qu'elle laisse après elle consiste en une injection vasculaire considérable de la pie-mère, quelquefois avec un léger épanchement entre cette membrane et l'arachnoïde.

Les symptômes par lesquels se caractérise en général cette affection sont une rapidité remarquable dans les manières du malade, une loquacité continuelle, une insomnie opiniâtre et le pouls petit et fréquent. Cette méningite met les malades dans le plus grand danger, et elle ne permet pas de traitement très-actif; la saignée générale est mal supportée, et l'on est obligé de s'en tenir aux saignées locales, aux purgatifs, etc.

Nous avons résumé ici tout ce que dit M. Abercrombie de cette affection, parce que nous avons cherché en vain les motifs pour lesquels il la range parmi les méningites. On sait en effet de combien peu de valeur est l'injection vasculaire simple pour la détermination des différentes maladies, et cependant c'est uniquement sur ce phénomène peu important que nous paraît fondée l'opinion de M. Abercrombie. Pour nous, après un examen sévère de cas analogues et de ceux qu'il cite ici, nous sommes porté à la considérer comme d'une nature différente et comme se rapprochant moins de l'inflammation que de ces affections d'origine rhumatique ou névralgique qui surviennent chez des sujets très-irritables, et déterminent des accidens plus ou moins graves, suivant l'importance des organes sur lesquels elles fixent leur siége. Cette obscure maladie, dit M. Abercrombie, se manifeste quelquefois comme complication d'autres affections, et spécialement du rhumatisme aigu; elle attaque quelquefois les femmes en couche.

Chez une dame dont l'histoire est rapportée et qui présentait les symptômes de cette affection, la saignée et les autres antiphlogistiques n'avaient eu aucun avantage. M. Abercrombie appelé en consultation conseilla un verre de vin d'heure en heure; à la fin de la quatrième heure, tous les accidens étaient dissipés sans retour.

Il a eu recours au même traitement et avec le même avantage dans plusieurs autres circonstances. La plus grande difficulté est de déterminer les cas où il est applicable; il semble que ce soient ceux dans lesquels l'excitation générale est jointe à la petitesse et à la grande fréquence du pouls, et à la pâleur et à l'épuisement du malade.

Nous regrettons avec le traducteur que le docteur Abercrombie n'ait pas résumé d'une manière générale les symptômes qui caractérisent la méningite; mais l'impossibilité d'établir un diagnostic entre les phlegmasies des membranes et celles de la pulpe cérébrale est le seul motif qui ait pu le retenir. Il mériterait encore le même reproche pour la manière dont il traite de l'inflammation de la substance du cerveau qu'il considère dans ses différentes formes et suivant ses terminaisons variées, mais toujours en conservant la même méthode, c'est-à-dire groupant autour d'un titre assez bref plusieurs observations.

Il étudie successivement cet état morbide dans les parties les plus importantes des hémisphères cérébraux, de la moelle alongée, du cervelet. Nous ferons remarquer seulement deux points moins connus que le reste : ce sont ceux où il est question de l'inflammation chronique et de l'ulcération superficielle du cerveau.

Cette dernière affection a été bien rarement observée, et M. Abercrombie n'en a vu qu'un seul exemple. Peut-être même a-t-on quelquefois considéré comme des ulcères du cerveau la destruction superficielle d'une portion de la substance cérébrale à la suite d'un épanchement sanguin superficiel ou d'un simple ramollissement; cependant les faits cités ici ne permettent point de douter que la solution de continuité peut s'opérer par une inflammation phagédénique. L'inflammation de la substance cérébrale se montre quelquefois sous une forme chronique dans laquelle les accidens peuvent continuer pendant des mois, après lesquels la maladie devient fatale en déterminant ou même sans déterminer la suppuration; quelquefois les symptômes peuvent être ceux d'une affection organique; ils peuvent avoir des rémittences de manière à ressembler à une céphalalgie périodique; la maladie peut devenir fatale avec tous les symptômes d'une véritable apoplexie; la partie malade peut passer à l'état d'induration permanente, ou enfin, après que l'inflammation chronique a semblé résister à tous les remèdes, elle peut graduellement se calmer. Tout cela s'accorde exactement avec la marche de l'inflammation chronique ou scrofuleuse, comme nous l'observons dans les organes extérieurs.

La conséquence pratique que nous tirerons de ces réflexions, c'est que l'on sera moins disposé qu'on ne l'est en général, à considérer ces affections comme des maladies organiques, contre lesquelles on ne dirige, par ce motif, aucun traitement actif.

L'inflammation peut affecter toutes les parties du cerveau; elle paraît souvent commencer dans une très-petite portion et s'étendre graduellement à une plus grande partie de l'organe. Il paraît que c'est dans des cas de cette espèce que l'on observe ces singulières paralysies graduelles qui commencent, soit par un très-faible degré, soit limitées à un seul muscle, et qui font graduellement des progrès en devenant plus complètes ou en gagnant plus d'étendue.

La maladie peut se manifester dans le cervelet sous la même forme chronique qui a été constatée pour le cerveau; dans quelques cas elle fait naître presque les mêmes symptômes, et dans d'autres, ces symptômes sont extrêmement obscurs.

M. Abercrombie traite en particulier de l'inflammation des parties centrales du cerveau qui comprend les diverses formes de maladies que l'on

désigne ordinairement sous la dénomination d'hydrocéphale aiguë, et qu'il considère comme étant constamment de nature inflammatoire. Les faits nombreux qu'il cite offrent des exemples des différentes variétés présentées par les symptômes; variétés qui sont telles que ce n'est qu'avec la plus grande circonspection que l'on peut se prononcer sur le diagnostic de ces affections. Ainsi, dans quelques cas, nous voyons le coma complet long-temps continué sans aucun épanchement, et dans d'autres un épanchement abondant sans le plus léger degré de coma. Nous voyons aussi dans un cas le coma disparaître quoique la maladie continue vers sa terminaison fatale. L'état du pouls, de la vision et des fonctions intellectuelles lui a offert différentes variétés, et dans d'autres cas la maladie parcourt toutes ses périodes sans que le sujet se plaigne de la moindre douleur, et sans qu'il se manifeste aucun symptôme indiquant le danger, jusqu'à l'invasion inopinée d'un coma profond.

M. Abercrombie conclut de tous ces faits que les symptômes dans tous ces cas ne sont pas le résultat de l'épanchement, mais bien celui de la maladie cérébrale dont l'épanchement est une des terminaisons et qu'il considère comme étant constamment de nature inflammatoire.

Le liquide épanché dans le cerveau peut-il être résorbé? L'analogie avec ce qui se passe dans les autres cavités, et ce qui arrive dans le cerveau lui-même ne permettent pas d'en douter. La disparution graduelle du sang coagulé qui se fait dans le cerveau prouve assez de quelle force d'absorption est doué cet organe.

L'étiologie des encéphalites offre quelques considérations importantes; ainsi, les cas les plus graves et les plus fréquens sont ceux qui succèdent à la scarlatine, aux fièvres continues, aux affections urinaires et surtout à l'ischurie rénale. Souvent elles viennent compliquer les maladies chroniques ou scrofuleuses, et spécialement dans la période la plus avancée de la phthisie pulmonaire; enfin les affections morales, l'abus des liqueurs alcooliques et l'exposition à l'ardeur du soleil doivent être rangées parmi les causes les plus actives des inflammations de l'encéphale. Nous ne terminerons point ce qui a rapport aux causes sans exprimer l'étonnement que nous a causé la lecture d'une note dans laquelle M. Gendrin paraît très-surpris de ce que l'inflammation de l'encéphale se présente si souvent à la fin des affections aiguës, et surtout de celles où les sujets ont été soumis à toute l'activité d'un traitement antiphlogistique des plus énergiques. Croirait-il que l'état de faiblesse et d'épuisement où les jette ce traitement dont on a tant abusé, soit un préservatif contre les affections inflammatoires? C'est tout le contraire qui a lieu. De là les fréquentes affections qui surviennent pendant le cours et surtout vers la fin des maladies aiguës, et qui sont toutes et souvent a tort désignées, dans ces cas, sous le nom de rechutes ou récidives.

Nous trouvons peu de choses à noter à l'occasion du traitement de ces phlegmasies. Le moyen sur lequel M. Abercrombie paraît compter le plus est la douche d'eau froide dirigée sur la tête d'une manière continue, pendant un temps considérable, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un effet puissant. Cependant l'emploi de ce moyen énergique exige quelque circonspection En quelques minutes il a, par ce moyen, fait passer un homme robuste d'un état d'excitation extraordinaire à un état voisin de l'asphyxie, mais aussi il lui a suffi de quelques minutes pour ramener un malade d'un coma profond à un état de santé habituelle. Il l'emploie avec les plus grands avantages dans les convulsions des enfans.

De tous les faits rapportés par le docteur Abercrombie à l'occasion des tubercules du cerveau, nous n'en citerons qu'un seul qui a présenté la destruction de la substance cérébrale la plus étendue qu'il ait jamais rencontrée. La maladie paraît avoir été dans l'origine une masse tuberculeuse mêlée avec des masses d'albumine, et s'est terminée par un ramollissement des plus considérables.

Le sujet de cette observation était une jeune fille qui, à l'âge de 18 ans, éprouva à plusieurs reprises une paralysie de la face avec engourdissement et affaiblissement de la vue du côté gauche. A l'âge de 19 ans, elle éprouva un accès d'insensibilité avec état comateux qui revint ensuite fréquemment, accompagné d'une violente céphalalgie, de vertiges et de malaise. Il existait un amaurose porté à un haut degré, mais la santé du reste était bonne. On eut recours à l'extrait de stramonium, dont l'administration suspendit les accès et améliora beaucoup la vision. Cette jeune fille se trouvait si bien qu'elle fut mariée à l'âge de 21 ans, environ deux mois avant sa mort. Un matin on la trouva morte dans son lit, bien que la veille elle se fût couchée avec toute l'apparence d'une bonne santé.

A l'autopsie on trouva que l'hémisphère droit du cerveau offrait un volume beaucoup plus considérable que le gauche; mais cet hémisphère tout entier était dans un tel état de décomposition et de ramollissement qu'il ne formait plus qu'une grande poche remplie d'une matière molle, pultacée, renfermée dans une enveloppe très-mince que formait la matière cérébrale saine de la surface, et qui n'excédait pas de trois à six lignes d'épaisseur.

Ce fait est vraiment extraordinaire, surtout lorsqu'on considère l'état de santé apparent où se trouvait la malade la veille encore de sa mort.

Dans l'appendice sur les maladies des os du crâne et du péricrâne on trouve une collection de faits extrêmement curieux et qui ont rapport à une forme rare de maladie des os du crâne, particulièrement bornée à la table interne. Le plus ordinairement cette maladie affecte la table externe ou toute l'épaisseur de ces os, et elle détermine des phénomènes pathologiques remarquables. Une circonstance importante à signaler, c'est qu'une fois cette maladie développée, elle peut s'étendre graduellement, envahir tout le crâne, la dure-mère et enfin le cerveau lui-même.

La seconde partie est consacré à l'étude de l'apoplexie, qui se lie à diverses conditions morbides de l'encéphale, très-différentes de leur nature. On y trouve la même absence d'uniformité pour les symptômes que dans d'autres affections de l'encéphale. M. Abercrombie, dans la division qu'il établit, admet trois formes différentes, formes uniquement basées sur l'obervation des symptômes. Dans la première, sont compris tous les cas qui sont immédiatement et positivement apoplectiques. Dans la seconde, ceux qui débutent par une attaque subite de céphalalgie, et qui passent graduellement à l'état d'apoplexie. Dans la troisième, enfin, ceux qui sont caractérisés par la paralysie ou la perte de la parole sans coma.

Cette classification rencontrera sans doute plus d'un contradicteur, parce qu'elle n'est pas uniquement fondée sur l'étude des lésions organiques;

mais on conviendra que puisque la lésion anatomique d'un grand nombre d'affections apoplectiformes est encore ignorée, on ne peut s'en servir pour établir une bonne classification de ces affections. La meilleure classification est en général celle qui renferme le plus grand nombre de cas; en médecine, c'est celle surtout qui fournit le plus d'indications thérapeutiques. Nous verrons jusqu'à quel point celle adoptée par M. Abercrombie conduit à ces résultats.

Les affections qui ont primitivement la forme apoplectique se divisent, sous le point de vue de leur nature, en trois espèces : 1° l'apoplexie avec extravasation de sang, qui est la plus rare; 2° l'apoplexie avec épanchement de sérosité; 3° l'apoplexie simple, ou sans aucune lésion morbide apparente; apoplexie nerveuse de beaucoup d'auteurs.

L'observation ne sanctionne pas les distinctions que l'on a proposées entre l'apoplexie séreuse et l'apoplexie sanguine. On assigne la rougeur de la face, la force du pouls, l'âge peu avancé des sujets comme les caractères de la dernière, tandis que la première se manifesterait par la pâleur de la face et la faiblesse du pouls, et n'affecterait que des personnes âgées et infirmes.

Quant aux épanchemens de sérosité, M. Abercrombie conclut que la présence du fluide ne peut être considérée comme la cause des symptômes apoplectiques de plusieurs circonstances parmi lesquelles nous remarquons les suivantes. La quantité du fluide épanché ne se trouve pas dans beaucoup de cas en rapport avec la violence des accidens; il arrive aussi qu'on trouve un épanchement considérable, quoiqu'il n'y eût eu aucun symptôme apoplectique. Aussi il considère ces apoplexies comme étant à leur début de même nature que celles qui ne laissent aucune lésion appréciable. En d'autres termes, il pense que la maladie que l'on a appelée apoplexie séreuse serait considérée avec plus de raison comme une apoplexie simple, terminée par un épanchement séreux. Ainsi, l'apoplexie primitive se trouverait en réalité réduite à deux espèces; celle par épanchement sanguin, et l'apoplexie simple qui, d'après notre auteur, n'est qu'une congestion sanguine, violente, mais sans rupture d'aucun vaisseau. Cette dernière explication nous paraît donner trop d'extension à l'action unique de la circulation sanguine dans le cerveau, dont les troubles seraient ainsi la seule cause de l'apoplexie. Il y a certainement des sujets qui succombent après une attaque d'apoplexie primitive, et chez lesquels il est impossible de supposer une congestion cérébrale suffisante pour déterminer la mort.

La seconde section qui renferme tous les cas dans lesquels la forme apoplectique ne se manifeste pas dès l'invasion, appartient surtout à l'hémorrhagie cérébrale. Le symptôme dominant au début de la maladie est une attaque subite de céphalalgie violente, portée souvent au point que le malade se lève brusquement en poussant un cri. Les cas de cette espèce se terminent généralement par la mort et présentent une extravasation de sang uniforme et étendue.

Lorsque l'extravasation de sang se fait dans le cervelet et à la partie inférieure de cet organe, M. Abercrombie pense que les symptômes marchent avec plus de rapidité que lorsque c'est dans la substance du cerveau que l'épanchement s'opère. Il cite deux observations remarquables de cette forme de l'apoplexie. Le dernier fait qu'il rapporte ici est fort curieux. A l'autopsie on trouva tous les ventricules cérébraux remplis de sang, et la surface du cerveau et de la moelle épinière recouverte dans toute son étendue d'une couche uniforme et très-dense de sang coagulé.

Après avoir examiné les différentes causes qui peuvent amener la rupture des vaisseaux cérébraux, parmi lesquels il place en première ligne l'ossification des artères, il émet une opinion qui nous semble de quelque importance et ouvrir une nouvelle voie aux recherches sur les maladies de l'encéphale. « On a toute raison, dit-il, de penser que cette condition morbide des artères du cerveau peut être la cause d'une sorte de maladie cérébrale, et que, après avoir persisté à ce degré pendant un temps considérable, elle devient à la fin fatale par rupture. Quelques faits publiés rendent cette induction vraisemblable. On conçoit, en effet, que lorsqu'il y a séparation de la tunique interne des artères, il doit en résulter un grand trouble dans la circulation et beaucoup de dérangement dans les fonctions du cerveau. »

Il paraît que les veines du cerveau peuvent aussi devenir le siége d'une maladie à quelques égards semblable. Plusieurs faits sont avancés à l'appui de ces différentes propositions.

Nous avons déjà vu, à l'occasion du ramollissement du cerveau, l'exemple d'une maladie observée fréquemment dans un pays, tandis qu'elle l'est très-rarement dans un autre, ce qui ne dépend ni de la plus grande fréquence du ramollissement cérébral en France ni de la supériorité des pathologistes français, mais de circonstances différentes et indépendantes de celles que nous notons ici. Nous trouvons encore un exemple de la même différence dans l'étude des modifications qu'éprouve le caillot sanguin de l'hémorrhagie cérébrale chez les sujets qui ne succombent pas aux premiers accidens. Ce caillot est résorbé, et il reste à sa place, dans quelques cas, un kyste. M. Abercrombie a constamment trouvé ce kyste vide, et en France, le plus souvent, on le trouve rempli d'un fluide séreux. A quoi tient cette différence? nous n'en savons rien, mais nous la notons, quelque peu importante qu'elle soit en elle-même.

L'appendice de la seconde partie est consacré à l'exposition de la théorie de l'auteur sur la congestion cérébrale. Suivant M. Abercrombie, cet état n'est point dû à l'augmentation de la quantité du sang contenu dans les vaisseaux sanguins du cerveau, mais est le résultat d'un changement dans l'équilibre qui existe dans l'état normal entre le sang artériel et le sang veineux. Quand une cause détermine l'afflux du sang artériel, par le fait même la quantité du sang veineux contenu dans les vaisseaux du cerveau est diminuée en proportion, et ainsi, lorsqu'une cause retarde la sortie du sang des veines du cerveau, les phénomènes de la congestion cérébrale doivent varier suivant qu'elle est produite par la prédominance du sang artériel ou du sang veineux. Nous regrettons de ne pouvoir entrer dans de plus longs détails sur cette théorie, que l'auteur appuie de faits extrêmement curieux et qu'il développe avec talent. Mais déjà nous avons outre-passé les bornes de ces sortes d'analyses, et nous nous contenterons d'indiquer sommairement le reste des travaux que renferme l'ouvrage du docteur Abercrombie.

La troisième partie contient l'histoire des affections organiques du cerveau, éclairée par un nombre considérable de faits.

La quatrième est consacrée à l'exposition de la pathologie de la moelle épinière, de ses membranes et des os de l'épine. Cette dernière partie n'est qu'ébauchée, mais offre encore des recherches importantes. L'auteur a suivi, dans l'histoire des affections de la moelle et de ses membranes, le même ordre et la même méthode que pour celle du cerveau.

Enfin, l'appendice de cette dernière partie nous offre un précis général sur les maladies des nerfs. Cette partie de la pathologie, jusqu'ici si peu étudiée, réclame cependant des recherches qui paraissent ne devoir pas être sans résultats. Le travail de M. Abercrombie sur ce sujet, qui ne dépasse pas une vingtaine de pages, contient des faits extrêmement curieux, dont quelques-uns étaient déjà connus, mais dont beaucoup lui sont propres.

---

*A Threatise on the urethra, its diseases, especially stricture and their cure.* — Traité sur l'urètre, ses maladies, en particulier ses rétrécissemens et leur traitement; par Benjamin Philipps. — Londres, 1832. In-8°, 319 p. avec deux pl.

Les maladies de l'urètre se présentent fréquemment au praticien et souvent avec des symptômes extrêmement inquiétans; parmi ces maladies, les rétrécissemens de ce canal se distinguent par leur gravité. Aussi l'ouvrage du docteur B. Philipps semble-t-il écrit en grande partie dans le but d'établir le traitement qui convient le mieux à cette dernière affection. Son opinion est déduite d'un grand nombre de faits qui se sont présentés à son observation particulière; elle est appuyée à la fois sur le raisonnement et sur l'expérience. Ce livre, considéré sous un point de vue général, diffère un peu des autres publications médicales anglaises, sous deux rapports assez importans : d'abord, il y règne une sobriété de théories peu commune chez nos confrères d'outre-mer, qui, dans la plupart de leurs écrits, semblent vouloir expliquer à tout prix les phénomènes variés de notre organisme, soit à l'état de santé, soit surtout à l'état morbide. Ensuite, il porte une empreinte toute française; on voit que l'auteur, envisageant largement les questions scientifiques, a mis de côté tout amour-propre national, et s'est livré consciencieusement à l'étude de la pratique française et à la lecture approfondie de nos auteurs tant anciens que modernes. Ces rapports entre deux nations savantes deviennent chaque jour plus fréquens et plus intimes, et ne peuvent manquer de produire des résultats utiles à la science et à l'humanité.

Il y a deux manières de combattre le rétrécissement de l'urètre : par la dilatation ou par la destruction du tissu morbide. La dilatation se fait au moyen d'un corps étranger introduit dans l'urètre qui cède peu à peu et s'accommode à la grosseur de l'instrument qu'il contient. La destruction se fait à l'aide d'un agent chimique ou mécanique : le caustique ou l'instrument tranchant. C'est au praticien à choisir le moyen qui doit le mieux convenir aux cas qui se présentent à lui; mais ce choix est souvent d'une extrême difficulté; il exige des connaissances anatomiques d'une grande précision, et suppose l'étude approfondie de la maladie qui nous occupe et des résultats divers obtenus par chacun des procédés indiqués ci-dessus. On a beaucoup écrit sur ce sujet et peut-être pourrait-on attribuer à la préférence exclusive de chaque auteur pour le moyen qu'il préconise, l'incertitude qui règne encore assez généralement à l'égard de cette question importante. Ainsi, Everard Home ne voit que la cautérisation; Charles Bell n'admet que la dilatation; le professeur Boyer, dans le chapitre de son Traité des maladies chirurgicales qui a pour objet le rétrécissement de l'urètre, ne fait même pas mention de la cautérisation parmi les moyens curatifs. Le docteur B. Philipps s'est efforcé dans son ouvrage de tracer le parallèle de la dilatation et de la cautérisation, de faire ressortir les avantages et les inconvéniens de chacun de ces moyens, et d'assigner les circonstances où l'un des deux doit être préféré à l'autre.

Quelques considérations d'anatomie et de pathologie remplissent les cinquante premières pages du livre qui nous occupe. Il était bon, avant de décrire des opérations qui doivent être pratiquées dans le canal de l'urètre, d'en déterminer la longueur, la largeur, la structure, la direction, etc. L'auteur s'arrête à dessein sur la reproduction des membranes muqueuses : « Si la destruction de ces membranes, dit-il, ne peut être produite sans danger, si leur régénération n'a jamais été vue, on devra en conclure que le seul traitement auquel on doive recourir contre le rétrécissement de l'urètre est la dilatation; mais si au contraire on peut démontrer que ces membranes sont susceptibles de se reproduire, le chirurgien ne sera plus renfermé dans une limite aussi étroite. » Après une discussion dont les auteurs français font presque tous les frais, il admet que les tissus muqueux accidentels offrent avec les vrais tissus muqueux une analogie de structure et de fonctions assez évidente pour renverser plusieurs des objections qui ont été élevées contre la cautérisation du canal de l'urètre, opération pour laquelle il a une grande prédilection, parce qu'elle lui a réussi très-souvent; on conçoit facilement toute l'importance de cette discussion préliminaire.

Le docteur Philipps a consacré une bonne partie de son livre à l'urétrite; ce chapitre est bien traité; mais le mérite ne lui en appartient point. Qu'il ait lu avec soin les auteurs français, qu'il en ait fait de nombreuses citations, jusque-là il est digne d'applaudissemens; mais il n'est permis à personne de copier textuellement un ouvrage écrit en une autre langue et de donner une traduction pour une œuvre de sa propre création. Son chapitre de l'urétrite n'est qu'une traduction presque littérale de l'article *Blennorragie* inséré par MM. Cullerier et Ratier au 4e volume du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques; il produit, comme lui appartenant, les observations propres aux auteurs français. La partie la plus intéressante de son ouvrage est celle où il est traité du rétrécissement de l'urètre et de sa cure. Suivant lui, la méthode de la dilatation, qui est presque toujours accompagnée de graves inconvéniens, est inapplicable à la grande majorité des cas; car la plupart des rétrécissemens sont un effet de l'induration qui existe dans les parois du canal; cette induration ne peut disparaître que par l'absorption, et lorsque l'induration est ancienne, cette absorption ne pouvant plus avoir lieu, les bougies peuvent tout au plus dilater momentanément le canal, et les récidives sont presque inévitables. Ainsi, la dilatation ne peut avoir de bons résultats

que dans les cas de rétrécissemens très-récens. Dans tous les autres, la cautérisation doit avoir la préférence. Il y a quelques cas où le rétrécissement est tel qu'il est impossible d'y faire pénétrer le caustique; pour obtenir une dilatation suffisante, le docteur Philipps a inventé un instrument qui n'est autre chose qu'une tige d'argent assez flexible pour prendre les courbures qu'on veut lui donner, et terminée par quatre petits tranchans qui se croisent à angle droit et vont aboutir à une pointe commune. Cette méthode lui paraît de beaucoup préférable à la cautérisation d'avant en arrière, et à l'introduction d'une bougie contre l'obstacle. Dans le cas où le rétrécissement est de nature valvulaire, où cette espèce de valvule cède devant la bougie, dans ceux où l'induration est telle que les tissus ont acquis une consistance cornée, où le rétrécissement a peu d'étendue, où enfin on a des raisons pour vouloir détruire très-promptement la coarctation, il emploie l'instrument tranchant. L'instrument qu'il a imaginé pour cet objet est terminé par un tranchant circulaire; on l'introduit dans l'urètre, caché dans une canule; lorsque la canule est arrivée au rétrécissement, un stylet qui est logé dans l'intérieur de l'instrument tranchant est introduit dans la portion rétrécie de l'urètre et sert à maintenir l'instrument dans la position convenable. Alors on pousse le tranchant circulaire contre le rétrécissement, on lui imprime en même temps quelques mouvemens semblables à ceux du trépan, et en peu d'instans la partie indurée est séparée. Le docteur Philipps cite des cas où ce moyen lui a très-bien réussi.

L'intérêt de cet ouvrage est augmenté par une série d'observations assez curieuses qui sont propres à l'auteur; les jeunes chirurgiens trouveront dans ce livre quelques bons conseils exprimés avec une grande clarté. Voici, du reste, ses principales conclusions : le rétrécissement du canal de l'urètre est toujours causé par l'inflammation, soit aiguë, soit chronique, de sa membrane muqueuse et du tissu sous-jacent. — Si la rétention d'urine est produite par une inflammation aiguë, il faut recourir au traitement antiphlogistique; si ce dernier échoue, la ponction de la vessie est la seule voie de salut. — Lorsque l'occlusion du canal est due à une inflammation chronique, on peut espérer quelque succès des injections forcées. — Dans le début d'un rétrécissement organique, lorsque l'absorption de la matière de l'engorgement est encore possible, la guérison peut être obtenue par une compression exercée par l'introduction convenablement dirigée des bougies. — Au contraire, si l'induration des parois du canal est ancienne, les bougies ne peuvent produire qu'une amélioration passagère et ne sont pas exemptes de graves inconvéniens. — Quand l'induration est considérable, on ne peut en obtenir la guérison qu'en la détruisant par la cautérisation ou l'instrument tranchant. — Après l'emploi de la cautérisation suivi du succès, il est tout-à-fait inutile de recourir à la dilatation consécutive. — On ne doit jamais employer la cautérisation à la partie antérieure de l'obstacle. — Tous les cas, sauf un très-petit nombre qui sont remarquables par une idiosyncrasie particulière, peuvent être traités par la cautérisation, avec les soins et l'habileté convenables. — Sous l'influence de certaines circonstances qui sont discutées dans l'ouvrage, l'instrument tranchant peut être employé avec les résultats les plus avantageux.

---

Essai sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies syphilitiques; de la peau par le docteur HERMANN ALBERS. In-8, Bonn, 1832 (en allemand).

Sans remonter jusqu'aux écrivains de l'antiquité qui offriraient peut-être quelques passages obscurs que l'on pourrait rapporter aux maladies de peau syphilitiques; on trouve chez quelques auteurs du moyen âge, des traces évidentes de la connaissance des syphilides, ainsi Berlerus, Pistor, qui écrivaient dans le quinzième siècle, Symphoranus Champerius, Lopez de Gomora, Fernel, etc., et plus tard, Fabricius, Zacutus Lusitanus, Van Helmont, Harvey, ont désigné clairement cette classe de maladies dans leurs ouvrages. A M. Alibert est due l'heureuse idée d'avoir fait, sous le nom de syphilides, un groupe particulier des maladies de la peau qui reconnaissent pour principe le vice vénérien. Willan et Bateman, Carmichael, M. Biett surtout, et quelques-uns de ses élèves, ont décrit de nouvelles formes et fait reconnaître comme syphilitiques des affections dont la nature était ignorée, en sorte que l'histoire des syphilides se trouve intimement liée dans la classification anglaise à celle des autres maladies de la peau. M. Albers, professeur agrégé à l'université de Bonn, vient ajouter le fruit de son expérience aux travaux de ses devanciers : il a observé un assez grand nombre de syphilides à l'hôpital de la charité de Berlin, à celui de Bonn, et dans sa pratique particulière; de plus, il a le mérite, fort rare chez nous, mais assez commun chez les Allemands, de connaître parfaitement la littérature du sujet qu'il traite. Dans le premier chapitre de son livre il décrit la marche des éruptions syphilitiques, le diagnostic général, puis l'étiologie de la maladie. L'expérience personnelle de l'auteur, et beaucoup d'exemples tirés de la clinique de M. Biett, prouvent jusqu'à l'évidence la fausseté des assertions de Carmichael, qui prétend que certaines formes de syphilides correspondent toujours aux mêmes symptômes primitifs. M. Albers a reconnu seulement que les blennorragies étaient, comparativement aux chancres, suivies plus souvent d'éruptions, dans la proportion à peu près de trois à deux. Deux pages sont consacrées aux pustules syphilitiques congénitales; après quoi l'auteur passe en revue les causes occasionelles, et la thérapeutique générale des syphilides, en insistant beaucoup sur l'importance du régime hygiénique. Dans l'examen des syphilides en particulier, la roséole se présente d'abord, puis viennent les taches syphilitiques dont la description est empruntée au synopsis de MM. Casenave et Scheldel. Aux deux formes déjà connues, M. Albers croit devoir en ajouter une troisième qui n'a pas encore été signalée, et qu'il décrit de la manière suivante : Elle se montre chez des jeunes gens affectés de blennorragie chronique lorsque l'écoulement vient à cesser tout-à-coup; alors le malade est pris de douleurs intolérables dans l'estomac et dans la tête, douleurs analogues à celles qu'éprouvent les femmes lors de la suppression brusque des flueurs blanches : ces douleurs persistent jusqu'à l'apparition des taches qui se montrent d'abord à la partie inférieure du sternum et à l'épigastre et finissent par se réunir en présentant l'apparence du ptyriasis versicolor; elles sont d'un jaune verdâtre, se rapprochant de la teinte cuivrée, et se couvrant d'une légère desquam-

mation furfuracée, ce qui, selon M. Albers, les distingue du ptyriasis versicolor; mais ce diagnostic paraît peu fondé, car le ptyriasis simple est lui-même souvent accompagné de desquammation. Willan et Bateman avaient déjà nié l'origine syphilitique de ces taches; mais les circonstances qui précèdent leur apparition ont décidé l'auteur à les ranger parmi les syphilides. Après avoir signalé les caractères que M. Biett assigne au psoriasis syphilitique, l'auteur croit devoir signaler une nouvelle variété de cette maladie, qu'il décrit sous le nom de *psoriasis syphilitica ulcerans*; mais la lecture des deux observations qu'il apporte à l'appui de son opinion ne m'a pas convaincu, et je n'ai pu y voir qu'une syphilide papuleuse compliquée de pustules qui ont laissé des ulcérations après elles, comme je l'ai observé déjà plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis. En parlant de l'ecthyma syphilitique des nouveau-nés, l'auteur rapporte l'observation d'un enfant qui succomba à cette affection, et chez lequel l'autopsie fit reconnaître deux ulcères ronds dans le larynx, avec un grand développement des follicules de Peyer dans le petit intestin. Au chapitre des pustules, on ne trouve rien qui ne soit généralement connu; mais à propos des tubercules, l'auteur assure que l'apparition d'un tubercule à la face est considérée par MM. Casenave et Scheldel comme un signe certain de syphilis; or chacun sait que le lupus (ou dartre rongeante), débute aussi par des tubercules (lesquels à la vérité ont des caractères particuliers), quoiqu'ils ne reconnaissent pas pour cause le vice vénérien mais bien plus ordinairement la diathèse scrofuleuse.

Il est rare que l'on ait occasion dans la pratique ordinaire d'observer les chancres à leur début. Hunter avait dit qu'ils étaient précédés d'une petite vésicule; M. Biett, au contraire, a constaté par l'observation la plus minutieuse que les chancres du prépuce ne sont précédés que d'une petite tache rouge, légèrement saillante. M. Albers confirme cette observation de la manière la plus positive. Ce point de diagnostic est important pour ne pas confondre l'*herpes preputialis* avec des chancres commençans.

Quant à l'influence des préparations mercurielles sur la production des syphilides, l'auteur s'exprime d'une manière catégorique : « Jamais, dit-il, je n'ai vu les plus fortes doses de mercure administrées à l'intérieur amener la moindre éruption : mais les emplâtres mercuriels donnent quelquefois lieu à un eczéma déjà décrit par les médecins anglais sous le nom d'*eczema mercuriale*. » L'auteur a eu souvent l'occasion de l'observer parce qu'il a employé et vu employer fréquemment les frictions mercurielles d'après la méthode de Rust, qui réussit selon lui dans des cas où toutes les autres échouent. Ces frictions se font au moyen d'onguent mercuriel ordinaire, ou d'axonge, dans lequel on a incorporé du précipité blanc, en ayant soin de marcher par doses progressives, comme on le fait pour les pilules mercurielles dans la méthode dite de Dzondi.

Ces frictions sont indiquées :

1° Dans les syphilides compliquées d'ulcérations cutanées et de disposition scrofuleuse.

2° Dans les éruptions pustuleuses de même nature; alors on fait précéder le traitement mercuriel de légers laxatifs et de bains.

3° Enfin dans les cas de syphilis invétérée où les malades sont affectés d'ulcérations aux lèvres, aux parties génitales, à l'anus, tourmentés par des douleurs ostéocopes et réduits à un état de marasme accompagné de fréquence du pouls, d'urines rouges, de perte absolue des forces. Ces accidens, qui résistent au traitement hygiénique, à l'opium, au camphre, finissent par céder aux frictions, qui calment les douleurs, et cicatrisent les ulcères au bout d'un temps assez borné. En résumé, l'ouvrage allemand dont nous venons de faire l'analyse est un exposé complet de l'état actuel de nos connaissances sur les syphilides. L'auteur l'a enrichi d'observations qui lui sont propres; il les a comparées à celles de ses devanciers, et, quoique riche d'expérience, il a fait preuve d'un bon esprit en se montrant avare de conclusions.

CH. MARTINS.

---

ADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. *Séance du 30 avril*

## INFLUENCE DE L'HYPERTROPIE DU COEUR

### SUR L'APOPLEXIE.

M. Rochoux, à l'occasion du procès-verbal, revient sur cette question, traitée dans la séance précédente : il pense qu'il n'y a pas, entre l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur et le développement de l'apoplexie, le rapport qu'on signale; que, d'après les observations, on ne voit pas l'hypertrophie du cœur coïncider plus fréquemment avec l'hémorrhagie cérébrale qu'avec certaines autres maladies ; que cette hémorrhagie a constamment pour cause un ramollissement du tissu du cerveau.—M. Bouillaud objecte à cette opinion de M. Rochoux, les faits qui montrent des ramollissemens encéphaliques sans hémorrhagies de même que quelquefois des hémorrhagies sans ramollissement. L'apoplexie, suivant ce médecin, a le plus souvent pour cause la rupture des vaisseaux dans l'intérieur de la masse cérébrale, par suite de l'altération du tissu de ces vaisseaux, et surtout lorsque le sang est poussé avec force par un cœur hypertrophié.

M. Davats lit un extrait d'un travail sur un *nouveau traitement des varices par l'oblitération des veines.* Ce mémoire est inséré dans ce n° des Archives.

### *Emphysème.*

M. Maingault lit un rapport sur une observation remarquable d'emphysème communiquée à l'Académie. Le sujet en est un enfant de trois ans, sur le cou et les épaules duquel avait passé la roue d'une voiture assez pesamment chargée, d'où il était tombé. L'enfant, ayant été dégagé, s'écria aussitôt qu'il n'avait point de mal, et en effet, on n'aperçut aucune trace de contusion, mais un quart-heure après, un emphysème considérable se développa au cou, à la poitrine, puis à la tête, à l'abdomen et aux bras. Le cou était de niveau avec la tête. Des sangsues ayant été appliquées, des ouvertures qu'elles laissèrent en tombant, il s'échappa en sifflant un gaz assez fort pour éteindre les lumières qu'on approchait. A l'aide de cataplasmes résolutifs et des antiphlogistiques, l'emphysème s'est dissipé. Au bout de huit jours la guérison était complète.

---

*Séance du 7 mai.*

## PRODUCTION DE L'APOPLEXIE.

M. Castel expose ses *idées* sur la formation de l'apoplexie. Cet honorable médecin pense que l'hémorrhagie cérébrale a lieu par suite d'un trouble quelconque dans la circulation du sang dans l'encéphale, favorisé soit par une tumeur qui gênerait le retour du sang veineux, soit par un état qui influe sur toute la circulation, comme la grossesse. Dans les cas où le cerveau a perdu de sa tonicité, comme il arrive de 40 à 60 ans, la circulation capillaire n'ayant plus la même énergie, des engorgemens, des congestions se forment, les vaisseaux relachés se rompent, etc., etc. M. Breschet fait observer que l'hypertrophie du cœur, que M. Castel exclut du nombre des causes de l'apoplexie, a précisément pour objet de déterminer le trouble de circulation cérébrale auquel il attribue la production de l'hémorrhagie encéphalique, etc., etc. Nous ne nous étendons pas davantage sur cette discussion, non point *théorique*, comme on doit le dire de toutes celles qui ont les faits pour base; mais *spéculative*, c'est-à-dire, reposant sur des idées qu'on se forme.

### *Affection cérébrale.*

M. Ferrus communique l'observation d'un aliéné de Bicêtre, qui étant devenu peu à peu paralytique, a perdu la mémoire, et est mort dans un état d'hémiplégie complète. A l'ouverture du corps on a trouvé dans un des corps striés des traces d'un ancien épanchement, et de plus sur la pie-mère un grand nombre d'hydatides adhérentes à cette membrane.

### *De la somacétique dans ses rapports avec l'orthopédie.*

M. Bricheteau lit en son nom et en ceux de MM. Double, Dubois, Husson et Itard, un rapport sur un mémoire de M. Pravaz qui a ce titre. Après quelques considérations sur la gymnastique et sur ses applications, le rapporteur continue ainsi : « M. Pravaz pose d'abord en principe dans son mémoire, que le développement progressif du corps humain est sous l'influence d'une puissance régulatrice qu'il appelle *orthomorphe*, et qui se coordonne avec un type primitif, lui-même en harmonie avec l'exercice le plus parfait des fonctions de la vie ; mais qu'il y a malheureusement une foule d'exceptions à cette loi générale des êtres vivans. Telles sont, par exemple, les défectuosités organiques de naissance qui nous semblent des caprices de la nature, dont il faut souvent chercher la cause dans la désorganisation des centres nerveux. D'autres causes encore peuvent produire ce que l'auteur appele des *malformations* de l'économie humaine, et parmi celles-ci, il signale la station bipède avec l'étroitesse de sa base de sustentation et l'élévation considérable de son centre de gravité au-dessus du sol, dont il doit résulter un équilibre difficile à conserver. La station dans l'homme est effectivement, comme le dit M. Pravaz dans une sorte de proposition de physiologie mathématique, la solution du problème de mécanique le plus compliqué que nous connaissions. Or, si quelques-unes des conditions de ce problème varient, il est de toute nécessité que les autres éprouvent des changemens correspondans. Ainsi, l'énergie de certaines puissances ne peut subir un affaiblissement notable sans que d'autres se trouvent dans des rapports anormaux pour les suppléer, et que les leviers solides auxquels elles s'attachent, agissent d'une manière insolite; de là des déviations de la forme normale du corps, que l'on ne rapporte pas toujours à leur véritable origine. L'auteur ajoute, comme une conséquence de ce qui précède, qu'en comprenant mal

le rôle que les lois de statique animale jouent dans la production d'un grand nombre de difformités, on a en quelque sorte admis implicitement que le corps humain, dans ses fonctions locomotrices, peut se soustraire aux lois de la physique générale, erreur qui a privé la science d'explications techniques, et a exercé une influence nuisible sur le choix des moyens de traitement. M. Pravaz a développé dans un autre mémoire comment, en se fondant sur une interprétation plus exacte et plus rigoureuse des fonctions locomotrices, il avait été conduit à instituer une nouvelle méthode curative, dont il a déjà été parlé ; il rappelle dans celui-ci que le professeur Delpech avait pareillement adopté cette méthode, et qu'il en a fait l'éloge en termes non équivoques. »

L'auteur distingue la gymnastique appliquée à l'orthopédie en *générale* et en *spéciale ;* dans son opinion, c'est pour avoir omis de faire cette distinction qu'on a paru fondé en raison en disant que des exercices étaient plus nuisibles qu'utiles dans le traitement des déviations de *l'épine dorsale*. Effectivement, on conçoit très-bien qu'en exerçant d'une manière simultannée des muscles qui ne sont plus en harmonie d'action, on ne fera qu'accroître la difformité des os entraînés dans une direction vicieuse; tandis qu'à l'aide d'un exercice partiel, on parviendra à corriger l'action viciée d'un appareil musculaire, en condamnant à l'inaction l'appareil congénère ; quand, au contraire, une déviation légère a eu lieu sans apporter de changement notable dans la disposition symétrique des organes du mouvement, il ne peut qu'être avantageux d'exercer simultanément tous les agens de locomotion, parce que le plus ordinairement tous ont besoin d'être fortifiés et régularisés, ou également ramenés à leur type normal de contraction. M. Pravaz remarque très-bien que dans les déformations latérales de la poitrine, il ne saurait exister de synergie entre les muscles homologues de cette cavité, attendu que ceux de la convexité de chaque courbe attachés sous des angles inégaux, ayant dû s'alonger et s'amincir, ne peuvent plus être dans le même rapport d'action avec leurs congénères de la concavité; une pareille discordance dans les organes moteurs du thorax rend presque impossible l'état stationnaire des déviations de l'épine; aussi s'aggravent-elles chaque jour et finissent-elles trop souvent, au déclin de l'âge, par entraver les fonctions des organes thoraciques, si importantes à la conservation de la vie.

Ici, deux écueils surgissent sous les pas de l'homme de l'art qui veut redresser la nature déviée de son type normal d'une part, il ne peut se résoudre à confier exclusivement à des machines mortes la restauration d'une machine vivante, condamnée à péricliter dans son principe dynamique, si l'on suspend son action locomotrice ; de l'autre, il ne doit pas se dissimuler que plus il a fait fonctionner avec ses vicieuses dispositions, plus il tend à l'éloigner de son type primitif. La grande difficulté est donc ici de conseiller deux indications qui paraissent s'exclure mutuellement. L'auteur de ce mémoire, guidé par les essais d'un médecin anglais (Shaw), avait déjà vaincu cette difficulté par la composition de ses appareils, où l'action extensive n'exclut point les concours d'un exercice salutaire; mais cela ne suffisait pas; il fallait donner à l'action musculaire une plus grande variété. C'est vers ce but qu'ont dût tendre tous les efforts de M. Pravez : il croit l'avoir atteint en employant les exercices somacétiques, qui ne laissent point la colonne vertébrale chargée du poids des organes. L'indication à remplir dans cette circonstance se trouve techniquement formulée dans ce mémoire de la manière suivante: *Rapprocher autant que possible les parties solides qui servent d'attaches aux muscles symétriques, de leur disposition normale, afin que ceux-ci s'exerçant ensuite dans des conditions à peu près semblables tendent incessamment vers cet antagonisme parfait qui par une action réciproque, peut seul maintenir la régularité des formes.*

Les exercices proposés par l'auteur n'exigent pas comme le saut, la lutte, l'escrime, etc., les leçons d'un maître habile, mais sont choisis parmi les plus simples de la gymnastique; tels sont l'action de gravir le long d'un cable flottant, de monter en arrière à une échelle de corde, de cheminer le long de deux cables tendus parallèlement en se suspendant par les mains, etc. ; à ces exercices, il faut ajouter la natation, à laquelle des hommes éminens, tels que Portal et Delpech, ont accordé des avantages spéciaux dans le traitement des déviations de la colonne vertébrale, et dont M. Pravaz fait ressortir l'utilité, en exposant que dans l'action de nager, le corps de l'homme, qui a perdu sa forme symétrique par suite d'une déviation latérale, ne peut, suivant les lois de l'hydrostatique, se maintenir en équilibre dans l'eau sur la face antérieure, sans que les membre supérieur et inférieur, qui correspondent diagonalement à la concavité de chaque courbure spinale, n'accroissent l'énergie de leurs contractions, et n'aient pour résultat de redresser l'épine et de rétablir la symétrie de la cavité thoracique. A cette occasion, il fait observer avec raison que l'instabilité de température dans le climat de Paris empêche souvent d'employer cet exercice salutaire, remarque qui a rappelé à mon souvenir l'établissement des bains chauds dans un grand bassin à couvert, construit à la pompe à feu du Gros-Caillou et dans lequel j'ai vu, il y a une dixaine d'années, des pensions des garçons aller, pendant les printemps, s'exercer à la natation.

Pour suppléer aux avantages de la natation, qui n'est praticable que bien peu de temps dans l'année, l'auteur a imaginé plusieurs espèces d'exercice gymnastiques : l'un d'eux n'est autre chose que le char modifié à deux divisions, roulant sur un plan incliné et dont la description a été donnée dans le premier mémoire qui vous a été présenté. Dans cet exercice, le sujet placé sur la face antérieure du corps, saisit avec les mains les deux rampes latérales pour imprimer à son corps un mouvement d'ascension le long du plan incliné, et descend ensuite, en s'abandonnant à l'action de la pesanteur, modérée par un contre-poids agissant à l'extrémité du levier. On croirait d'abord que les muscles seuls du bras doivent être soumis à des efforts plus ou moins considérables, mais on s'aperçoit bientôt que la nécessité de leur fournir un appui appelle la synergie de tous ceux qui unissent l'omoplate à l'épine. Le sujet, en s'approchant du point culminant, dans chaque mouvement d'ascension, est obligé, pour donner à la flexion des bras toute son étendue, de relever le tronc

sur le bassin ; il résulte de là des contractions énergiques de tous les faisceaux dorsolombaires, etc. Un autre exercice consiste dans la balançoire déjà proposée par M. Clerc dans son mémoire sur la gymnastique, dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir l'année dernière, et dont M. Pravaz réclame la priorité pour en avoir donné la description dans l'année 1825. Nul exercice ne nous paraît autant que celui-ci se rapprocher de la natation par ses effets sur l'économie animale, nul aussi n'imprime aux organes musculaire des mouvemens plus comparables à ceux que met en jeu dans un milieu liquide le corps de l'homme qui n'y peut rester en suspension sans des efforts continus et réitérés.

Pour mettre à profit le mouvement de circumduction des bras, particulièrement de celui qui répond à l'épaule la moins élevée dans les cas de difformité, moyen préconisé par M. le professeur Boyer contre les courbures accidentelles de la colonne vertébrale, l'auteur s'est efforcé de soustraire l'épine à l'influence de la gravité des viscères thoraciques, qu'on remarque dans la manière d'être du sujet qui tourne la manivelle d'une meule, comme le conseille le célèbre chirurgien que nous venons de nommer ; il propose donc à cet effet un appareil sur lequel le malade, étendu dans une position inclinée à l'horizon, exerce des mouvemens de circumduction de l'un ou l'autre bras, sans que le poids des viscères thoraciques, supporté pas la machine, surcharge en rien la colonne vertébrale, et s'élève ainsi à l'aide d'une manivelle à engrenages le long de deux câbles parallèles. Cet exercice gymnastique est un de ceux qui font le plus d'honneur à l'esprit d'invention et de perfectionnement de M. Pravaz.

Un jeu qui a beaucoup d'attrait pour la jeunesse, et dont on peut tirer également un bon parti dans les déviation latérales, est celui de la balançoire ordinaire ; au lieu de placer les sujets à cheval vers chacune des extrémités de la traverse, on les fait tenir debout ; et ils s'y maintiennent par deux cordes fixées au plafond et garnies de poignées. L'un de ces appuis flottans, celui qui répond à l'épaule déprimée, peut être placé un peu plus haut que l'autre, afin que la suspension du corps, à chaque descente de l'axe oscillant, se fasse spécialement à l'aide du bras correspondant, et opère ainsi l'extension de la double courbure latérale du rachis, etc., mécanisme qu'il suffit d'indiquer brièvement pour en faire pressentir tous les avantages dans le cas dont il s'agit (1).

Nous ne pousserons pas plus loin l'analyse des différens appareils proposés par l'auteur, et nous terminerons cette partie de notre rapport en transcrivant la proposition finale qu'il considère comme une déduction de toutes les idées générales émises dans son mémoire « Choisir entre les exercices musculaires ceux qui soulagent l'épine de la plus grande partie du poids des organes, et s'exécutent dans des conditions où cet axe dévié se trouve rapproché de sa direction naturelle. »

En émettant cette proposition générale et d'autre idées qui s'en éloignent plus ou moins, M. Pravaz ne s'est pas dissimulé que, quelque rationnels que puissent être les préceptes de notre art, un esprit philosophe ne les accepte définitivement que lorsqu'ils ont été sanctionnés par l'expérience. Eh bien ! cette sanction résulte naturellement des succès qu'il a obtenus depuis que ses premiers efforts pour perfectionner l'orthopédie ont reçu votre approbation. Ces succès lui ont paru assez décisifs et assez multipliés pour qu'il ait cru pouvoir formuler les trois indications thérapeutiques suivantes.

« 1° Modifier profondément la constitution générale des sujets ; 2° ramener les parties du système osseux à leur disposition normale par l'emploi temporaire et gradué d'une force prise hors de l'organisme ; 3° les maintenir dans cet état par le développement régulier et la corroboration du système musculaire. »

La justesse d'esprit, dont l'auteur a donné les preuves, la bonne foi et la probité scientifique que votre commission a cru reconnaître chez ce médecin distingué, font naturellement présumer que le temps ne fera que confirmer ses assertions théoriques et pratiques.

Avant de poser les conclusions de ce rapport, nous appellerons encore l'attention de l'Académie sur quelques autres points du mémoire de M. Pravaz, qui nous ont paru dignes d'être mentionnés. Il s'élève, par exemple, contre l'opinion de ceux qui ont écrit que la menstruation s'établissait avec facilité pendant le temps que les malades étaient soumis à l'extension sur des appareils immobiles. Selon l'auteur, loin que le flux menstruel s'établisse pendant la durée du traitement, presque toujours il se supprime, et cette particularité se présente si souvent à son observation, qu'il n'oublie jamais d'en prévenir les parens ; elle a été constatée par l'un des commissaires, M. Itard, dans l'Institution des Sourds-et-Muets, chez une jeune fille à laquelle M. Pravaz donnait des soins pour une déviation latérale de l'épine. On aurait peine à se rendre compte, dit-il, d'un fait aussi remarquable, si un autre phénomène concomittant ne venait en fournir l'explication ; je veux parler du développement considérable que prend le système musculaire par le surcroît d'action qui lui est imposé ; il faut, pour y suffire, qu'une sorte de déviation du flux menstruel se fasse au profit de la nutrition, etc. Le fait, rapporté par M. Gaultier de Claubry, d'une paysanne dont le système musculaire prit un développement considérable à la suite de la suppression de ses règles ; l'expérience de feu Delpech, citée par l'auteur viennent à l'appui de son opinion, d'ailleurs fondée sur une considération toute physiologique. Il importe d'ajouter, d'ailleurs, qu'aucun accident ne résulte de cette suppression momentanée, ainsi que l'atteste le chirurgien de Montpellier.

L'influence dérivative de l'exercice musculaire chez les sujets lymphatiques d'un tempérament nerveux est, dans le Mémoire qui nous occupe, l'objet de réflexions importantes, surtout lorsqu'il est considéré comme un moyen de

(1) Parmi les moyens secondaires imaginés par M. Pravaz pour perfectionner le traitement de la colonne vertébrale, nous devons mentionner aussi un petit appareil pour exercer des pressions latérales sur les courbures, et un instrument pour en mesurer l'étendue et en déterminer la situation et le degré d'éloignement de l'axe.

préserver d'accidens et d'habitudes dangereuses, auxquelles l'immobilité et l'oisiveté sur des appareils extensifs peut donner un accroissement d'activité. On peut donc dire en général, avec l'auteur, que la somacétique, en concentrant sur le système locomoteur une grande partie des forces de l'organisme, est seule capable de parer à un si grand inconvénient. Pratiquée avec assiduité et d'une manière convenable, elle semble plonger pour un temps dans une sorte d'assoupissement les organes de la vie de relation, au grand avantage de ceux de la vie végétative. Le professeur Clias, connu par ses travaux sur la gymnastique, rapporte qu'introduite dans un vaste établissement d'éducation publique, elle y détruisit en peu de temps la funeste habitude de l'onanisme, qui n'avait pu être réprimée par aucun moyen de surveillance. L'influence des exercices sur les personnes qui sont affligées de maladies scrofuleuses, n'est pas moins digne d'intérêt. Des remarques faites aux Sourds-et-Muets, par M. Itard, depuis l'introduction de la gymnastique dans cet établissement, et un fait communiqué à l'auteur de ce mémoire par M. le docteur Treille, tendent du moins à le démontrer. Un sapeur-pompier d'une constitution éminemment lymphatique, auquel M. Dupuytren avait été obligé d'extirper une tumeur scrofuleuse, ayant fréquenté pendant quelque temps le gymnase de M. Amoros, prit un goût très-vif pour les exercices assez violens que l'on y exécute, et finit par y être employé comme *moniteur*. Sous l'influence de ce nouveau genre d'occupation, un changement profond s'opéra bientôt dans sa constitution; tous les tissus, d'abord mollasses et abreuvés de fluides blancs, devinrent fermes et secs; les muscles prirent un grand développement, tandis que le système nerveux sembla perdre une grande partie de son excitabilité, car cet homme, très-enclin auparavant aux plaisirs de l'amour, n'éprouvait plus que rarement le désir de s'y livrer. Ce serait sans doute un sujet bien fécond de recherches et de considérations d'hygiène et de médecine pratique, que les effets variés des exercices gymnastiques sur l'économie animale. M. Pravaz a déjà traité cette matière avec le talent qui le caractérise, dans deux articles de la *Gazette médicale*, et votre rapporteur, livré depuis longues années à l'étude approfondie de l'hygiène, aimerait à consigner ici quelques idées, fruit de son expérience et de ses méditations, s'il n'était temps de clore ce rapport déjà trop long.

Votre commission, Messieurs, ne s'est pas contentée d'examiner avec soin le mémoire de M. Pravaz; plusieurs de ses membres se sont transportés dans son établissement, où ils ont vu fonctionner la plupart des appareils imaginés par ce médecin. Cette visite leur a fourni la preuve des efforts éclairés qu'il fait depuis plusieurs années pour le perfectionnement de la somacétique médicale, et pour faire en quelque sorte pénétrer dans l'hortopédie les lumières de la physiologie, de l'hygiène et de la mécanique. En résumé, vos commissaires pensent que cet établissement, pour lequel aucun sacrifice n'a été épargné et qui est fondé sur une base large et des préceptes éclairés, mérite à juste titre la confiance des familles. Ils n'hésitent donc pas à vous proposer d'accorder, comme vous l'avez déjà fait dans une occasion toute semblable une entière approbation aux principes qui sont émis dans le mémoire de M. Pravaz, et aux appareils de gymnastique médicale qu'il a inventés, perfectionnés et fait exécuter dans son établissement.

— M. Capuron fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bourjot-Saint-Hilaire, relatif à un monstre *anencéphale*.

---

*Séance du 13 mai.*

## INSTRUMENS POUR LA RÉSECTION DES AMYGDALES

### ET LA LIGATURE DES ARTÈRES.

M. Jules Cloquet présente deux instrumens; l'un, destiné à la résection des amygdales, se compose de deux branches qui se croisent et portent à leur extrémité charnue une lame concave en forme de ciseaux : l'amygdale est saisie avec des airignes de Museux et coupée d'un seul trait par le rapprochement des branches de l'instrument sans que les parties voisines puissent être lésées, le tranchant ne portant que sur l'amygdale qu'il embrasse, et le dos qui correspond au voile ou aux piliers du palais, étant mousse. Le second instrument est un porte-nœud pour la ligature des artères; il se compose d'une pince à ligature ordinaire, sur laquelle sont adaptés deux petits crochets mobiles d'avant en arrière sur une charnière, et offrant entre eux un écartement d'un quart de pouce environ. On forme un nœud ouvert avec le fil destiné à la ligature; chacune des deux extrémités du fil est placée dans un des crochets porte-ligature. Le nœud lui-même est posé sur l'extrémité de la pince. L'appareil ainsi préparé, le chirurgien le conduit sur l'artère qu'il saisit avec la pince, et faisant ensuite mouvoir les crochets, il porte le nœud au-delà de la pince, le serre et lie ainsi l'artère avec la plus grande facilité. Cet instrument offre des avantages dans le cas où une artère est assez profondément située pour qu'il soit difficile de la lier, ou dans les cas urgens où le chirurgien doit opérer sans aides.

M. Capuron lit un mémoire dans lequel il attaque le travail que M. Breschet a fait insérer dans les fascicules de l'Académie, et qui a pour titre : *Etudes anat., pathol. et physiol. de l'œuf dans l'espèce humaine.* M. Breschet répondra dans une des prochaines séances.

---

## EXSTROPHIE DE LA VESSIE.

M. Velpeau lit en son nom et en celui de M. Breschet un rapport sur un cas d'exstrophie congénitale de la vessie, communiqué à l'Académie, et à ce sujet examine les diverses théories proposées sur la formation de cette anomalie. Il critique vivement celle qui l'attribue à un arrêt de développement. C'est suivant lui se payer d'un mot. Il croit qu'il serait plus exact de voir dans ce vice de conformation l'effet d'une altération pathologique survenue pendant la vie embryonaire. M. Breschet soutient que l'exstrophie de la vessie est due à un arrêt de développement;

que rien n'est mieux prouvé que ce fait par la disposition en gouttière et non en canal, qu'offrent l'abdomen et l'embryon dans le premier âge. M. Velpeau nie cette disposition, et est appuyé par M. Moreau.

## CALCULS DE LA VESSIE.

M. Sanson présente la vessie d'un homme qu'il a opéré de la pierre et qui a succombé. M. Sanson communiquera l'observation de cette opération. La vessie volumineuse présente de chaque côté une ouverture de la grosseur d'un tuyau de plume, qui communique dans deux poches, dont l'une contenait sept calculs.

## CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX.

M. Bérard (Auguste) présente un enfant de 6 ou 7 ans auquel il a pratiqué la trachéotomie pour extraire une bille de huit lignes de diamètre. Cet enfant s'amusait à recevoir cette bille dans la bouche, après l'avoir lancée. Le corps étranger s'introduisit dans le larynx et occasiona des accidens de suffocation qui nécessitèrent la trachéotomie. Aussitôt que l'ouverture fut faite, la bille fut lancée avec force. L'enfant est parfaitement guéri.

Le même chirurgien présente un calcul vésical dont une partie s'est broyée sous l'effort de la tenette, et dont l'autre, d'après sa forme, son immobilité dans la vessie et les efforts qu'elle a nécessités pour l'extraction, était probablement engagée dans un des uretères.

M. Maingault lit l'extrait d'un travail qu'il va publier sur la maladie catarrhale régnante.

*Séance du 21 mai.*

M. Pelletier lit au nom d'une commission un travail sur la présence de l'arsenic dans le verre. Ce travail a été composé à l'occasion de questions adressées par M. Ozanam, médecin de Lyon. Ce médecin fut appelé, avec un de ses confrères de la même ville, pour procéder à l'examen du cadavre d'un individu mort depuis plusieurs années et présumé empoisonné. On reconnut la présence de l'arsenic. Mais depuis, ce médecin rétracta son premier jugement et pensa que l'arsenic qu'on avait trouvé provenait des tubes de verre dont on s'était servi et qui avait été ramené à l'état métallique par l'action des réactifs. M. Pelletier conclut des expériences auxquelles il s'est livré : 1° Que le verre blanc, en France, ne contient pas d'arsenic, ou n'en contient que fort rarement et en petite quantité ; 2° Que les tubes de verre dans la fabrication desquels entrent 1/600, ou même 1/500e. d'oxide d'arsenic, n'en fournissent aucune trace, ni par le chauffage, ni par les réactifs ; 3° Qu'on n'a pas trouvé d'arsenic dans les verres envoyés par M. Ozanam comme verres de Bohême ; 4° Que la commission n'a pas pu se procurer du verre à vitre de Bohême, parce qu'ils sont prohibés, et que d'ailleurs leur prix serait supérieur à celui de France ; 5° Que l'arsénic, employé quelquefois en très-petite quantité, se volatilise par la chaleur, et que les verres n'en contiennent pas ; 6° Que lorsqu'on a trouvé de l'arsenic dans les verres, c'est qu'ils n'avaient pas été chauffés à une assez haute température. Quant à la question des réactifs, leur action est nulle quand les verres sont blancs et parfaitement transparens ; il n'y a pas alors d'arsenic. M. Pelletier, sur la demande de la commission, s'est livré ensuite à d'autres expériences. Il a tâché de fabriquer des verres arseniqués en forçant la dose de l'arséniate de soude ; le verre était alors verdâtre, et en partie transparent, en partie opaque. Puis il a fait fondre ce verre, et au moyen des réactifs n'a pu obtenir que des traces impondérables d'arsenic. Ainsi : 1° Il est difficile d'obtenir des verres arseniqués ; 2° Ces verres n'ont pas une transparence parfaite ; 3° Alors même on ne trouve pas de traces d'arsenic suffisantes pour rendre compte des moindres accidens ; 4° Il est impossible qu'il y ait erreur dans un empoisonnement présumé, lorsqu'on a employé les précautions convenables. Par cela seul que les verres sont transparens, ils ne contiennent pas d'arsenic, et ne peuvent donner lieu à de fausses inductions. — Ce rapport est adopté, et, sur la proposition de M. Husson, renvoyé au comité de publication.

M. Larrey lit un rapport sur une observation communiquée par M. Bedor, médecin à Troyes, relative à un homme qui s'est tiré deux coups de pistolet dans la bouche et a été promptement guéri de sa blessure. Le rapporteur cite des faits du même genre.

ACAD. ROYALE DES SCIENCES. — *Séance du 6 mai.*

## GALVANISME MÉDICAL.

M. Fabré-Palaprat lit un second mémoire sur le galvanisme appliqué à la médecine, et principalement sur les moyens de faire parvenir en une région déterminée du corps des substances médicamenteuses, au moyen du courant galvanique. Pour démontrer la possibilité de cette introduction, M. Fabré-Palaprat a pensé qu'il était indispensable, que la substance employée dans l'expérience ne fût pas de celles qui se trouvent habituellement dans le corps de l'homme et encore à la surface de sa peau, et que cette substance devrait en outre être telle qu'on en pût aisément, à l'aide de certains réactifs, rendre la présence bien manifeste. L'hydriodate de potasse lui ayant paru réunir toutes les conditions nécessaires, il a placé sur un de ses bras une compresse imbibée d'une solution de cet hydriodate dans de l'eau distillée, puis il a mis en communication avec l'autre bras de la solution d'amidon. Dès que le sel et l'amidon, dit l'auteur, ont été soumis à l'action d'une pile, l'amidon a pris une teinte violette ; donc le sel a été décomposée : l'iode a été porté sur le courant galvanique à la surface opposée du corps où se trouvait l'amidon, et il s'est déposé sur ce même amidon. M. Fabré-Palaprat regarde comme certain que, dans ce cas, l'iode ne suit point la surface de la peau, mais qu'il traverse le

corps, conducteur humide qui fait partie de l'arc galvanique. Il appuie son opinion sur des expériences dans lesquelles il avait pris soin, au préalable, non-seulement d'essuyer scrupuleusement la peau, mais même de recouvrir une partie des bras d'une zone de vernis de gomme laque qu'il avait séchée au feu. L'auteur donne ensuite le détail d'autres expériences dont les résultats l'ont porté à admettre qu'on peut à volonté faire rester dans le corps la substance transportée par le courant galvanique, ou faire qu'elle en sorte après l'avoir traversée. Dans ce cas où on voudrait remplir la première indication, l'auteur pense qu'on y parviendra en combinant les procédés de galvanisation avec ceux de l'acupuncture. Il annonce avoir obtenu ainsi la guérison de plusieurs affections qui avaient résisté à tous les autres modes de traitement, notamment d'un énorme sarcocèle et d'une fièvre quarte. Dans le premier cas c'était l'iode qu'il avait fait pénétrer dans la tumeur par le courant galvanique ; dans le second, c'était la quinine qu'il avait introduite dans le corps au moyen du même agent. — Le mémoire de M. Fabré-Palaprat est renvoyé à l'examen de MM. Magendie, Becquerel et Savart, commissaire déjà désignés pour la première partie de ce travail.

*Séance du 13 mai.*

— M. Becquerel donne communication d'une lettre qui lui est adressée par M. Biot, et dans laquelle cet honorable académicien expose quelques-uns des résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches sur les transformations opérées sous l'influence de l'action vitale dans les produits organisés qui servent à la nutrition des jeunes plantes.

— M. Dumas fait en son nom et celui de M. Chevreul, un rapport sur un mémoire de M. Quérin-Varry, relatif à un acide désigné jusqu'ici sous le nom impropre d'acide malique artificiel, et que l'auteur a dénommé d'après quelques-unes de ses propriétés, acide oxalhydrique, entendant exprimer par là que cet acide peut se représenter par de l'acide oxalique et de l'hydrogène. Le rapporteur critique ces sortes de noms qui doivent changer avec la rectification des faits qui les ont fait admettre, et voudraient qu'on se servît de noms insignifians, qui pourraient alors ne pas varier.

## TRAITEMENT DES NÉVRALGIES FACIALES

PAR

DES CATAPLASMES DE PULPE DE RACINE DE BELLADONE.

M. Deleau jeune lit un mémoire sur ce sujet. L'auteur pense qu'on n'a pas apporté assez de persévérance dans l'usage des narcotiques locaux, médicamens qui sont autant que possible les spécifiques des douleurs nerveuses sans lésions apparentes de tissu. Il se plaint aussi du peu de recherches que l'on a faites sur le terme de l'emploi de cette classe de remèdes, et sur l'efficacité de leurs modes de préparation. L'usage la belladone et son mode d'administration lui fu ent suggérés par la facilité de s'en procurer les racines dans toutes les saisons, et par le peu de frais qu'exige son usage en pulpe obtenue par l'ébullition. Appliquée en cataplasme à nu sur l'épiderme, vis-à-vis le lieu souffrant, jusqu'au début d'un commencement de *strychnomanie*, elle a rarement manqué de produire l'effet désiré par le praticien. «Nous n'ignorons pas, dit M. Deleau, que d'autres médecins ont préconisé cette plante dans les névroses ; nous savons aussi l'usage fréquent que l'on fait de ses diverses parties en poudres, en pilules, en extraits, mais nous ne connaissons aucun auteur qui ait employé avec persévérance sa racine en cataplasmes ; qui ait obtenu la guérison de presque toutes les névralgies faciales, et surtout qui ait déterminé le mode des applications topiques par leur action sur l'organe encéphalique. »

*Séance du 27.*— De nouvelles communications sont faites de la part de M. Biot, relativement à ses recherches sur la végétation.

## RECHERCHES SUR LE SANG HUMAIN.

— M. Chevreul lit en son nom et en celui de M. Robiquet, un rapport sur un mémoire de M. Félix Poudet, ayant pour titre : *Nouvelles recherches sur la composition du sérum du sang humain.* Ces recherches ont pour but de démontrer que l'alcohol bouillant enlève au sérum du sang évaporé à sec et préalablement épuisé par l'eau bouillante, 1° un principe immédiat particulier que l'auteur appelle *séroline ;* 2° de la *cholestérine ;* 3° un *savon* soluble dans l'eau, très probablement formé du margarate et de l'oléate de soude ; 4° de la *matière grasse du cerveau.* La *solérine* se dépose par le refroidissement de l'alcohol bouillant avec lequel on a traité le sérum. La liqueur filtrée après le refroidissement et évaporée, laisse un résidu qui a la consistance de la térébenthine. En y appliquant l'alcohol froid à 36°, on sépare de la *matière grasse du cerveau,* et l'on dissout une matière que M. Lecanu a considérée comme une huile ; mais les recherches de M. Boudet prouvent qu'elle est formée de plusieurs corps distincts. En effet, la liqueur où elle est dissoute, abandonnée à elle-même, dépose des cristaux de *cholestérine* et retient le *savon de soude* dont nous avons parlé, avec un peu de graisse cérébrale. La séroline est blanche, légèrement nacrée, en filamens qui, vus au microscope, présentent des globules ou des renflemens globuleux ; elle n'a pas d'action sur les réactifs colorés. Elle se fond en une huile incolore, à la température de 36°. Elle diffère des stéarines et de l'oléine, en ce qu'elle n'est pas saponifiable, ou, ce qui revient au même, en ce qu'elle n'est pas susceptible de se changer en acide sous l'influence des alcalis, etc.

## VARIATIONS DES FORMES

### CHEZ CERTAINS CRUSTACÉS PAR LES PROGRÈS DE L'AGE.

M. Milne-Edwards lit un mémoire sur ce sujet, qui offre un grand intérêt pour la physiologie générale aussi bien que pour l'histoire naturelle de ces animaux. Quelques crustacés présentent une particularité de structure singulièrement favorable à ce genre de recherches. Ils portent sous le thorax une espèce de poche dans laquelle les œufs éclosent et dans laquelle aussi les petits demeurent jusqu'à ce qu'ils aient subi leur première mue, et que leur squelette tégumentaire soit devenu assez solide pour les protéger contre les violences extérieures. On trouve souvent dans ces poches, que l'on peut comparer à la bourse des mammifères marsupiaux, des centaines de petits crustacés entassés les uns sur les autres, et il devient alors facile de les comparer avec l'animal même dont ils proviennent. Aussi est-ce principalement sur ces crustacés ou sur ceux qui naissent d'une manière analogue, que l'auteur a fait les observations consignées dans ce mémoire.

Il a constaté que, sous le rapport de la persistance des formes, il règne parmi les crustacés la plus grande diversité. Les uns naissent avec la forme qu'ils doivent conserver, et ressemblent exactement, sauf le volume, à ce qu'ils seront à l'état adulte, tandis que d'autres diffèrent si complètement de leurs parens, qu'à moins de connaître leur origine, on les croirait appartenir à une toute autre race; et les modifications qu'ils éprouvent portent tantôt sur une partie du corps, tantôt sur une autre.

Ces espèces de métamorphoses paraissent, au premier abord, ne dépendre d'aucune tendance constante de l'organisme, mais en les étudiant avec attention l'auteur est parvenu à les classer de manière à satisfaire l'esprit et à montrer qu'elles se rapportent toutes à un petit nombre de principes régulateurs, principes qui se révèlent ainsi dans les changemens que l'embryon de ces animaux éprouve dans l'intérieur de l'œuf.

Ces modifications sont de deux ordres; les unes consistent dans l'apparition de parties nouvelles, telles que des pattes; les autres dans certains changemens de forme subis par des parties déjà existantes au moment de la naissance. M. Milne-Edwards montre que les premières ne sont que la suite de ce qui a toujours lieu dans l'intérieur de l'œuf, et que par conséquent elles ne sont des anomalies qu'à raison de l'époque tardive à laquelle elles s'effectuent; ces métamorphoses ne dépendent que d'un simple retard dans le développement, et les crustacés qui les présentent peuvent être considérés comme étant en quelque sorte nés avant terme. Les changemens de forme qui appartient à la seconde de ces catégories, se montrent chez un bien plus grand nombre de crustacés, et sont bien plus variés; mais quelles que soient leur nature et leur importance, ils tendent toujours vers un même but, et ont pour caractère commun d'éloigner de plus en plus le jeune animal du type normal du groupe naturel dont il fait partie, en un mot à *l'individualiser* de plus en plus. Cela est si vrai, qu'au moment de la naissance, certains crustacés appartenant à des genres différens se ressemblent au point qu'on les prendrait pour de simples variétés d'une même espèce, et les changemens qu'ils éprouvent en grandissant portent tous sur les parties qui, à l'âge adulte, présentent les formes les plus anormales. Les espèces qui, à l'état parfait, se rapprochent le plus du type normal du groupe auquel ils appartiennent, sont aussi celles qui changent le moins par les progrès de l'âge, tandis que celles qui subissent après la naissance les modifications les plus considérables, sont celles qui présentent les formes les plus bizarres.

---

## COMPTE-RENDU OFFICIEL

### DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(Présidence de M. Sanson.)

*Maladies de l'utérus.*

M. Delens fait un rapport verbal sur le *dispensarium Belgii* de M. Wauters, correspondant de la société. Des remercîmens seront adressés à l'auteur.

M. Sanson cède le fauteuil à M. Roche, et fait un rapport sur l'instrument proposé par M. F. Hatin pour la fracture de l'avant bras. Cet appareil, dit le rapporteur, remplit parfaitement l'indication, mais l'appareil ordinaire la remplit aussi, et l'instrument de M. Hatin, composé de deux planchettes qu'on rapproche au moyen de quatre vis, a l'inconvénient des appareils mécaniques, celui d'être difficile à se procurer. Des remercîmens seront adressés à l'auteur.

La société entame la discussion sur les maladies de la matrice, à l'occasion du rapport fait par M. Hervez dans la séance précédente.

M. Téallier dit en avoir observé plusieurs exemples depuis six mois. 1° Dans un cas le col était volumineux, mou, paraissant sain au spéculum, la matrice était plus grosse que de coutume, les règles coulaient abondamment aux époques. Les antiphlogistique secondés du repos n'ont amené aucune amélioration. 2° Une femme, mère de onze enfants, sujette aux rhumatismes, était affectée de métrite, le col était le siége d'excoriations simulant des aphtes. Les cautérisations avec le proto-nitrate de mercure ont fait cesser les douleurs, l'amélioration est sensible et la guérison prochaine. 3° et 4° Dans deux cas d'avortement provoqué par affection antécédente de la matrice, le repos et les émolliens ont suffi pour dissiper l'état morbide. Les maladies de l'utérus, dit M. Téallier, ne paraissent si fréquentes aujourd'hui que parce qu'on les observe avec plus d'attention. Il pense que ces affections négligées peuvent mener au cancer.

M. Collineau a maintenant sous les yeux un cas d'excoration avec rougeur du col, accompagné d'écoulement séreux et rougeâtre, sans douleur, et qui a donné lieu au développement de végétations fongiformes, qui remplissent le vagin.

M. Nacquart voit dans le cancer une affection *sui generis* indépendant de l'état inflammatoire, et qui, dès le principe, comporte les caractères qui lui sont propres. Les

prétendus cancers guéris par la compression, n'étaient que des mammites chroniques. Un véritable cancer observé par lui n'a pas cessé de faire des progrès malgré l'application de sept cents sangsues et de la compression ; tandis qu'on voit tous les jours des ulcères chroniques incessamment irrités qui néanmoins ne deviennent pas cancéreux. M. Téallier n'a pas prétendu que cancer et inflammation fussent synonymes ; mais il pense que l'inflammation négligée peut *favoriser* le développement du cancer.

M. Roche rapporte que parmi les sujets qu'il observe conjointement avec M. Mélier, se trouve une dame qui, primitivement, fut affectée d'une éruption occupant les cuisses et présentant les caractères de l'eczéma. Après dix mois de traitement par les sulfureux, les antisiphilitiques, etc., la maladie disparut, mais il s'en suivit une abondante leucorrhée, sans aucun dérangement dans la santé générale. Examiné au spéculum, le col parut gonflé, mou, indolore et parsemé d'une éruption consistant d'abord en taches rouges, étoilées, auxquelles succédaient des vésicules, et représentant assez exactement l'éruption qui d'abord occupait la peau. Envisageant ce fait comme une métastase, on appliqua un vésicatoire à la cuisse, on administra les sulfureux ; des émolliens furent appliqués au col utérin, et dès lors la malade fut en voie de guérison. M. Roche n'admet pas que le cancer suive nécessairement l'inflammation ; mais il pense que celle-ci peut favoriser son développement.

M. Collineau dit que les écoulemens avec éruption sur le col sont fréquens, mais que cette lésion n'est pas susceptible de dégénérer. Le cancer n'est pas plus fréquent chez les filles publiques : pendant dix ans d'observation à la prison de Saint-Lazare ; il n'a pas observé un seul cas de cancer utérin. M Chailly fait observer que le cancer ne se développe guère à l'âge où les filles publiques font leur métier ; M. Collineau répond qu'à Saint-Lazare se trouvent des femmes de tout âge ; néanmoins en adoptant la remarque de M. Chailly, il fait observer qu'à l'âge où le cancer se développe le plus fréquemment, il n'y a plus ni d'éruption sur le col, ni d'écoulemens vaginaux ; ce qui confirme le manque de liaison de ces phénomènes avec le cancer.

M. Duparcque ne considère pas non plus le cancer comme une conséquence essentielle de l'inflammation, celle-ci n'en est que la cause occasionnelle, promotrice, en quelque sorte. Pour lui le cancer est aussi une altération toute spéciale, mais qui peut être amenée par l'inflammation.

M. Roche pense que maintes fois le cancer a débuté par une lésion très-légère, qui successivement a dégénéré ; chez une femme affectée de douleurs de reins, le col est légèrement gonflé, peu sensible, exempt d'excoriations ; le corps de l'utérus est tuméfié, et déjà peut-être adhérent au rectum ; du reste point de signes de cachexie. Des sangsues sont appliquées au sacrum, lieu d'élection, et l'amélioration a lieu ; nul doute pour M. Roche qu'une telle affection plus long-temps négligée n'eût dégénéré en cancer. C'est ainsi qu'on peut concevoir que l'inflammation est le *germe, l'embryon* de l'affection cancéreuse.

M. Burdin dit qu'une femme de cinquante ans, forte et d'un aspect de santé florissante, était, sans le savoir, vu l'absence de douleurs, en proie à un cancer très-avancé ; le col utérin était détruit, le rectum induré, les urines passaient par le vagin qu'une ulcération faisait communiquer par la vessie, seul phénomène qui inquiétât la malade. L'affection qu'on supposait dater de sept mois ; se termina par la mort sept mois après, sans douleur. Le cancer n'est donc pas toujours précédé d'inflammation.

M. Sanson fait observer que les cas de cancer indolore sont assez fréquens.

M. Jacquemin a remarqué, comme M. Collineau, que le cancer est très-rare chez les filles publiques, quel que soit l'âge où on les observe ; chez elles les érosions et les écoulemens sont fréquens. Une fille de vingt ans, affectée d'écoulement fut jugée atteinte de cancer dans un hôpital où on lui proposa l'excision du col ; elle s'y refusa : des cautérisations avec le nitrate de mercure la guérirent parfaitement, et depuis cinq ans elle se porte bien. Dans un ouvrage de statistique que prépare M. Parent Duchâtelet, un chapitre doit être consacré à la rareté du cancer chez les filles publiques. M. Burdin demande si cette particularité ne tiendrait pas à ce que ces filles font peu d'enfans, l'accouchement étant, selon M. Dubois, une cause prédisposante du cancer. *Plusieurs membres* font observer que cette manière de voir opposée à celle de la plupart des auteurs, qui considèrent au contraire l'abstinence comme une prédisposition.

M. Nacquart dit avoir vu trois cols utérins amputés et qui n'étaient point cancéreux. Il rappelle qu'il y a quinze ans, M. Osiander adressa à la société deux thèses sur l'amputation du col. M. Nacquart pense que cette opération est d'autant plus illusoire que le cancer se lie à la totalité de l'utérus. M. Sanson fait observer que, cependant, l'excision d'une portion de lèvre cancéreuse est le plus souvent suivie de guérison.

M. Prus considère comme funeste cette doctrine de la *fatalité* du cancer, illustrée par Bayle et Laennec, car elle s'oppose à ce qu'on travaille à prévenir le mal. Selon M. Nacquart, dans le cancer, il y a deux choses : 1° l'état *prédisposant*, la diathèse qui existe chez l'individu, diathèse que le coup d'œil fait reconnaître ; c'est ainsi que deux femmes, que M. Nacquart jugea prédisposées à cette affection, moururent l'une de cancer du sein, l'autre de cancer de l'utérus ; 2° les circonstances *déterminantes* parmi lesquelles figure l'inflammation, et qu'il faut s'attacher à combattre. Nombre d'affections utérines ne deviennent jamais cancer, telles sont les tumeurs fibreuses, polypes, etc. M. Duparcque fait observer que si l'on irrite un corps fibreux intra-pariétal, dans le but de le résoudre, il en résulte des accidens qu'il est ensuite difficile de maîtriser.

M. Prus pense qu'en résumé, vu l'obscurité du diagnostic de beaucoup de maladies de l'utérus, il est prudent et rationnel de se hâter de les combattre, afin de prévenir les dégénérescences.

M. Forget appelle l'attention de la société sur la question de savoir si le col utérin peut être le siége d'ulcères vénériens, M. Hervez de Chégoin pense formellement que non, M. Ricord pense que oui, M. Delmas, de Montpellier professe une opinion mixte, admettant que les ulcérations

périphériques ne sont pas vénériennes, mais que celles de l'intérieur du col peuvent l'être.

M. Maingault ne voit pas, d'après les observations de M. Ricord, pourquoi le col, aussi bien que tout autre point de la surface muqueuse, ne serait pas susceptible d'offrir des ulcérations vénériennes. M. Collineau n'a jamais vu de *chancre* proprement dit sur le col; ce sont des érosions superficielles.

M. Téallier rappelle que Cullerier disait n'avoir observé que deux fois l'ulcère vénérien du col. M. Nacquart fait observer qu'alors on n'usait pas du spéculum qui donne aujourd'hui tant de précision aux investigations faites sur les parties génitales de la femme. M. Jacquemin, qui a pu observer bon nombre d'affections vénériennes chez les femmes, promet de lire à la [illegible] été une note sur ce sujet.

Le secrétaire particulier,
Forget.

Le secrétaire général,
Nacquart.

---

## SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DE PARIS.

PRÉSIDENCE DE M. BAGET.

*Séance du* 10 *avril* 1833.

La correspondance imprimée comprend: 1° trois numéros de la Gazette éclectique de chimie, de pharmacie et de technologie, publiée à Vérone, renvoyé à M. Chereau; 2° un exemplaire double du 1er n° du Bulletin de l'ancienne société des sciences, arts, belles-lettres, etc., d'Evreux, renvoyé à M. Boullay; 3° un numéro des Annales des mines, janvier et février 1833, renvoyé à M. Soubeiran; 4° le n° d'avril du Journal de pharmacie.

La correspondance manuscrite comprend: 1° une lettre de M. Mouchon, pharmacien à Lyon, qui accuse réception de son diplôme, et qui adresse ses remercîmens à la Société; 2° des lettres de la Société médico-botanique de Londres, accusant réception du Journal de pharmacie et du volume renfermant les résultats au concours sur l'acétification de l'alcohol; 3° des lettres de remercîmens de MM. Laubert; ancien inspecteur général du service de santé des armées, Reynard d'Amiens, Facquez de la même ville, auxquels le même volume a été adressé.

Plusieurs membres demandent que ce volume soit aussi envoyé aux correspondans de la Société; cette proposition est adoptée.

La société reçoit en outre une lettre de M. Sembenini, qui demande l'échange du Journal de pharmacie contre la Gazette éclectique qu'il publie; cette proposition est adoptée; 2° un programme des prix proposés sur la société médico-botanique de Londres; renvoyé à la commission des travaux; 3° une lettre du secrétaire de l'Académie des sciences de Rouen, qui invite la Société à faire prendre à l'adresse indiquée le volume contenant les résultats de ses travaux pendant l'année 1833.

M. Desmarets, membre de la Société, dépose sur le bureau un paquet acheté contenant des résultats sur la fermentation; ce paquet, paraphé par le président, sera déposé aux archives.

M. Bussy rend compte des séances de l'Académie des sciences; M. Lodibert, de celles de l'Académie royale de médecine. Au sujet de ce dernier compte rendu, où il est fait mention d'un sirop de pointes d'asperges, plusieurs membre annoncent: 1° qu'il y a des sirops vendus sous le nom *de sirops de pointes d'asperges*, qui contiennent d'autres substances médicamenteuses, et qu'il y aurait erreur si l'on attribuait les propriétés de ces sirops aux turions qui lui donnent ce nom; 2° que le sirop préparé avec le suc extrait des pointes d'asperges ne ressemble pas à un sirop composé qui est vendu sous ce nom.

M. Chereau donne connaissance des documens contenus dans deux numéros de la Gazette éclectique; il cite la description d'un procédé pour la préparation de la morphine, et une note sur l'hydro-ferrocyanate de quinine; renvoyé à la commission des travaux.

M. Boudet, en son nom et en celui de M. Derosne, lit un rapport sur le travail de M. Vée, pharmacien de Paris, sur la préparation du chlorate de potasse à l'aide des chlorures de chaux et de potassium, il conclut à ce que le mémoire de M. Vée soit imprimé dans le bulletin, et à ce que des remercîmens soient adressés à l'auteur; il présente ensuite M. Vée comme candidat au titre de membre résident; M. Bussy appuie la proposition de M. Boudet; M. Boutron-Charlard est nommé rapporteur.

M. Robiquet fait observer, au sujet du mémoire de M. Vée, que l'emploi du chlorure de chaux pour la préparation du chlorate de potasse, n'est pas encore un procédé manufacturier, et que des essais qu'il a faits il y a dix ans, et fait faire depuis, semblent donner à croire que l'ancien procédé mérite encore la préférence; il émet le désir que le procédé dont il est question soit étudié de nouveau.

M. Robiquet présente à la Société des échantillons de deux plantes tinctoriales, qui sur sa demande lui ont été adressées par M. Kœklin de Mulhausen; ces plantes sont 1° les tiges d'une plante ayant le nom de munjeet; 2° une racine charnue, ouongkoudou. D'après des essais faits par M. Robiquet, le chaya-ver devrait uniquement ses propriétés à *l'alizarine*, principe, découvert par MM. Robiquet et Collin dans la garance; le munjeet les devrait à *la purpurine*, autre principe découvert par les mêmes auteurs dans la garance; quant à l'ouongkoudou, on ne connaît pas encore la nature de sa substance colorante, qui, selon les renseignemens recueillis par M. Robiquet, est difficile à obtenir à cause de l'acidité de la partie du végétal qui la contient; ainsi il résulte de ces observations que l'alizarina et la purpurine, deux principes colorans réunis dans la garance, se trouvent isolés, l'un dans le chaya-ver, l'autre dans le munjeet, ce qui expliquerait pourquoi les teintures faites avec ce dernier n'offrent aucune solidité, tandis qu'au contraire le chaya en donne de très-stables.

M. Thubeuf lit un rapport sur des tableaux statistiques concernant l'exercice de la pharmacie dans le département de la Seine; tableaux qui avaient été présentés à la Société par MM. Chereau et Villemsens; le rapporteur

conclut à ce que des remercîmens soient adressés aux auteurs, ces conclusions sont adoptées; ces tableaux seront renvoyés à la commission des travaux.

M. Pelouze annonce qu'ayant soumis, conjointement avec M. Malaguti, du sucre de cannes pur à l'action combinée de l'eau et d'une température de 95 à 99 degrés prolongée pendant un grand nombre d'heures, ce sucre fut totalement détruit et transformé en une substance que MM. Malaguti et Pelouze examinent en ce moment.

M. Biot, à qui une certaine quantité de la liqueur fut remise, a confirmé, par son procédé de polarisation circulaire, le fait annoncé par M. Pelouze.

M. Bonastre présente à la société une note sur la cristallisation de quelques substances résineuses, qui se rencontrent dans le *tacamahaque en coque*, et dans *le baume de l'Icica balsamifera*; renvoyé à la commission des travaux.

Sur la proposition de M. Boulla, la Société décide que ses séances auront lieu à l'avenir le premier mercredi de chaque mois, à deux heures.

La société reçoit un travail de M. l'Herminier, chimiste-pharmacien à la Guadeloupe, ayant pour titre; *Résumé des observations faites sur plusieurs espèces d'indigofères et autres légumineuses à la Basse-Terre, Guadeloupe, en* 1811; renvoyé à la commission des travaux. La Société reçoit également un mémoire sur le sirop d'orgeat, adressé par M. Germain de Fécamp, et un autre sur le *sophora japonica* remis par M. Fleurot, pharmacien à Dijon.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

(*Séance du* 28 *avril.*) — Présidence de M. Velpeau.

( Extrait communiqué. )

A 7 heures et demie, M. le président occupe le fauteuil et ouvre la séance.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire-général donne communication de plusieurs pièces de correspondance qui lui sont parvenues.

1° M. Kirkoff, médecin à Anvers, membre correspondant de la société, envoie un mémoire publié sur le choléra-morbus. M. Dubois (d'Amiens) est chargé de présenter un rapport sur cet ouvrage.

2° M. Rognetta, médecin à Paris, adresse deux mémoires imprimés : l'un sur la cystocèle vaginale, et l'autre sur l'extention permanente. L'auteur demande que ces travaux soient admis au concours pour les trois médailles.

Considérant que les travaux publiés ne peuvent, suivant les statuts de la société, être admis au concours, l'assemblée passe à l'ordre du jour sur la demande de M. Rognetta. M. le secrétaire-général l'informera de cette décision motivée.

— M. Vidal communique une observation de hernie dont M. Laugier a présenté la pièce anatomique à l'académie royale de médecine. M. Laugier après avoir opéré le débridement à la partie interne de la tumeur, sans pouvoir reduire la hernie, fut obligé de faire des débridemens multiples. Cette nécessité et l'inspection anatomique des parties l'ont amené à penser que la hernie dont il est question ne doit point être considérée comme une hernie crurale telle qu'on la désigne ordinairement, mais comme une hernie crurale particulière à travers l'écartement des fibres du ligament de Gimbernat. M. Vidal, qui partage cette opinion, rappelle à ce sujet les dispositions anatomiques démontrées par M. Marcel, pour expliquer les différentes ouvertures par lesquelles peuvent se faire jour les viscères abdominaux. Il résulte de ces dispositions que, chez les femmes surtout (et tel est le cas dont il s'agit), le ligament de Gimbernat étant plus large peut, dans des circonstances d'organisation particulière, livrer passage aux intestins. L'amincissement des fibres de ce ligament, leur écartement, qui ont été remarqués par M. Vidal et Velpeau sur la pièce anatomique présentée par M. Laugier, sont des conditions qui rendent compte de l'espèce de hernie dont il est question.

— M. Velpeau ne pense pas toutefois que cette particularité puisse empêcher de considérer la hernie à travers le ligament de Gimbernat comme une hernie crurale; car, ainsi qu'il le fait observer, ce ligament concourt lui-même à la formation de l'arcade crurale.

Après une discussion, à laquelle prennent part plusieurs autres membres de l'assemblée, M. Dubois demande que M. Laugier soit invité à assister à la prochaine séance, afin de donner lui-même des explications précises sur le fait important qu'il a observé et décrit.

Cette proposition est appuyée. M. le secrétaire-général est chargé de transmettre à M. Laugier le vœu de la société.

— M. Velpeau rapporte un cas d'anatomie pathologique, dont la pièce a été présentée par M. Civiale à l'académie royale de médecine. Un individu portait deux reins desquels naissaient trois uretères, dont l'un s'ouvrait dans la portion prostatique de l'urètre. Les deux avaient leur disposition anatomique ordinaire.

— M. Gauthier de Claubry, rapporteur du comité chargé d'examiner les titres de M. Benjamin Voisin, candidat proposé comme résident, conclut à son admission. La société arrête qu'il y sera ultérieurement procédé et conformément au réglement.

— Sur les conclusions de M. Ledain, l'assemblée décide qu'il sera procédé dans la prochaine séance, à l'élection de M. d'Assis comme membre correspondant.

La séance est levée à neuf heures et demie.

(*Séance du* 1er *mai.*) — Présidence de M. Velpeau.

(Extrait communiqué.)

*Inconvénient du pain Gannal; procédé pour la conservation de la vaccine, élection de M. d'Assis, corps étranger dans l'urètre; œdème d'un membre abdominal; propriétés chimiques de la salive dans les affections de l'estomac.*

La séance est ouverte à huit heures.

— M. Donné offre de rendre compte des séances de l'académie des sciences; cette offre est acceptée. Parmi les

faits présentés à cette académie, et qui méritent de fixer l'attention de la société, M. Donné mentionne les résultats obtenus par MM. Raspail et Payen dans leurs expériences sur la panification des fécules et principalement de la fécule de pommes de terre. Ils ont présenté du pain contenant 33 pour cent, d'une substance qu'ils appellent *dextrine*. Ce pain est d'un goût de gâteau assez agréable; il est bon et bien levé.

MM. Vidal et Dubois (d'Amiens) disent qu'ils ont mangé du pain de fécule qui les a incommodés. Ce pain n'était pas toutefois préparé d'après le procédé de MM. Raspail et Payen, mais suivant celui de M. Gannal.

— M. Ledain lit un rapport sur le premier numéro des Bulletins de l'ancienne société d'agriculture du département de l'Eure. Ce travail contient un mémoire de M. le docteur Vernhes, sur les moyens de faire disparaître la variole en France, et sur un procédé pour la conservation du vaccin. Ce procédé consiste à plonger dans l'huile d'amandes douces les tubes capillaires en verre dans lesquels on renferme ordinairement le fluide vaccin, qui, suivant l'auteur, garde pendant plus long-temps ses propriétés contagieuse et préservative.

Adoptant les conclusions du rapporteur, la société arrête qu'il sera adressé une lettre de remercîment à M. le secrétaire-général de l'ancienne société d'agriculture du département de l'Eure.

— L'ordre du jour appelle l'élection de M. d'Assis. Le candidat est élu, à l'unanimité, membre correspondant de la société; M. le secrétaire-général est chargé de lui donner avis de cette décision.

— M. Vidal communique le fait suivant : Un petit garçon, conduit par ses parens au bureau central d'admission des hospices, éprouvait de vives douleurs au périnée; une épingle avait été introduite par le méat urinaire. En appuyant le doigt sur la partie douloureuse à un pouce de l'anus environ, on déterminait des souffrances plus aigües, on sentait la présence du corps étranger dans le canal de l'urètre. M. Vidal, n'ayant alors aucun instrument pour extraire cette épingle, voulait envoyer l'enfant à l'Hôtel-Dieu; mais les parens insistaient pour que le petit malade fût débarrassé sur-le-champ. L'auteur pensa qu'il pourrait peut-être réussir en se servant d'une sonde ordinaire, dont les ouvertures saisissant le corps étranger, en rendraient l'extraction facile. Une sonde d'un petit calibre fut introduite, sa convexité en haut, puis, lui faisant exécuter un mouvement de rotation et la retirant brusquement quand elle fut parvenue jusqu'à l'épingle, M. Vidal, fut fort surpris de voir celle-ci engagée dans du cérat dur qui bouchait en partie les yeux de la sonde. Il attribue à cette particularité le résultat prompt et heureux qu'il a obtenu.

M. Laugier fait observer que la conséquence pratique que l'on pourrait tirer du fait rapporté par M. Vidal, c'est que, dans un cas analogue, une sonde exploratrice serait avantageusement employée pour extraire les corps étrangers.

M. Dezeimeries pense qu'il ne faut pas attribuer exclusivement à la présence du cérat, dans les ouvertures de la sonde, la facilité avec laquelle l'épingle a été extraite. Il croit que la résistance opposée au corps étranger par les rebords de ces ouvertures dans lesquelles il s'est trouvé engagé, a également contribué à son extraction.

M. Velpeau cite à ce sujet plusieurs cas de corps étrangers, et surtout d'épingles et d'aiguilles, parvenus dans la vessie non-seulement par l'urètre, mais encore par une infinité d'autres voies. Il rapporte entre autres, qu'une épingle fut trouvée dans l'un des urètres d'un individu. Elle s'y était engagée par une perforation du colon. Cette épingle était recouverte d'incrustation et avait servi de noyau à un calcul urinaire. Ce corps étranger aurait pu arriver par cette voie jusque dans la vessie; sans parler de tant d'autres cas plus ou moins extraordinaires de corps introduits dans les voies urinaires, et sur l'origine desquels les patiens cachent assez généralement la vérité.

M. Velpeau signale le fait qu'il vient de citer comme indiquant une nouvelle voie par laquelle des corps étrangers peuvent parvenir jusque dans la vessie.

—M. Dubois (d'Amiens) communique l'observation suivante : Une dame, âgée de 45 ans, malade depuis 10 environ, avait une affection assez compliquée. Elle présentait des symptômes de gastrite chronique et d'anévrisme passif du cœur. Après l'emploi de divers moyens, dont elle avait éprouvé un peu de soulagement, les bains de mer produisirent dans son état une notable amélioration. S'étant retirée naguères à la campagne, elle a été prise tout-à-coup d'un gonflement considérable, de douleurs vives dans tout le membre abdominal droit, avec teinte violette de cette partie. Une petite saignée du bras fut pratiquée sans amener de rémissions; les douleurs devinrent intolérables, le gonflement augmenta. Le membre d'abord violet devint rouge. Une consultation eut lieu alors. Il fut arrêté qu'on ferait usage de l'oxide d'antimoine à l'intérieur et de frictions mercurielles. Ces moyens, continués pendant sept jours, n'ont apporté que peu de changement dans l'état de la malade. M. Dubois, ayant prescrit un bain et quelques sangsues au siége, qui parurent soulager la malade, revint à l'emploi du premier moyen. L'oxide d'antimoine et les frictions mercurielles ont été suspendus; les douleurs ont presque cessé dans le membre dont l'engorgement a sensiblement diminué. M. Dubois, au reste, continue à donner des soins à cette malade. Il demande si les symptômes qu'elle a présentés doivent être attribués soit à une phlébite, soit à une oblitération de quelque tronc veineux; il est toutefois pour ce dernier avis.

M. Laugier cite à cette occasion un fait analogue. Un individu succomba à la suite d'un engorgement considérable du bras. On trouva la veine axillaire oblitérée par un caillot de sang.

M. Velpeau fait remarquer que l'oblitération des gros troncs veineux occasionne des accidens divers suivant les cas; tantôt la gangrène des parties en est la suite, d'autres fois il se manifeste un engorgement plus ou moins douloureux dont la résolution s'opère avec plus ou moins de promptitude; enfin des abcès se développent assez souvent. Quand il n'y a pas de disposition à cette dernière terminaison, l'auteur pense que l'on peut avec succès faire usage de la compression circulaire. Ce procédé, d'abord douloureux, exige de la part des malades beaucoup

de résignation et de courage, mais quand ils ont pu le supporter pendant quelques heures seulement, il ne tardent pas à en éprouver du soulagement.

M. Dubois dit qu'il a tenté l'emploi de ce moyen sur la malade dont il a donné l'histoire ; mais elle n'a pu le supporter.

Suivant M. Laugier, les affections cancéreuses sont fréquemment la cause de la formation de ces caillots qui obstruent les vaisseaux veineux. Il cite quelques faits à l'appui de cette assertion; M. Velpeau en rapporte également.

M. Vidal conserve une pièce anatomique qui présente l'artère iliaque oblitérée par un caillot, au centre duquel s'était développé un abcès.

— M. Donné rend compte d'expériences qu'il a faites pour constater les propriétés chimiques de la salive dans les affections de l'estomac. Les faits qu'il a recueillis pourront servir à éclairer le diagnostic de ces maladies. Pour partir d'un point de comparaison, l'auteur a d'abord constaté les qualités alcalines du sac salivaire dans l'état de santé. La salive contient de l'hydrochlorate d'ammonique qui cristallise facilement. Ces cristaux peuvent être aperçus au microscope en faisant évaporer de la salive répandue sur une lame de verre.

Dans les maladies de l'estomac, la salive acquiert de suite des propriétés acides très-sensibles aux réactifs chimiques ordinaires ; elle rougit, par exemple, le papier bleu de tournesol.

M. Donné a plusieurs fois répété ces expériences comparatives, et il s'est assuré que, dans tous les cas d'affections de l'estomac, soit idiopathiques, soit sympathiques, la salive contracte une acidité prononcée ; il cite à ce sujet quelques observations.

M. Maingault fait remarquer que dans beaucoup de cas des maladies gastriques, les individus exhalent par la bouche une odeur tellement forte, qu'on a de la peine à demeurer dans leur appartement.

La séance est levée à 9 heures et demie.

# TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés, dans la table, par la lettre (*a*), ont été retranchés pour double emploi, ou comme objet d'intérêt local.

## B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.


Observation d'une fièvre intermittente avec accidens pleuro-pneumoniques ; par M.***. 51

Gastro-entérite chronique fébrile avec type tierce. 52

De la nature, du siége et du traitement de la fièvre puerpérale ; par le docteur Guérin de Mamers. 53

Revue des principaux journaux de médecine publiés à Paris. (*a*)

Du choléra-morbus qui a régné en Belgique ; par le docteur Marcq, membre de la commission médicale du Hainaut, etc. 62

Observation recueillie par M. Williams Stocks, l'un des médecins de l'hôpital de Dublin. (*a*)


## D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.


Davats. — De l'oblitération des veines comme moyen curatif des varices. 121

Laugier. — Note sur une nouvelle espèce de hernie de l'abdomen à travers le ligament de Gimbernat. 128

Le Sauvage. — Recherches sur le développement, l'organisation et les fonctions de la membrane caduque. 131

J. A. Rochoux. — Du siége et de la nature de la maladie improprement appelée orchite blennorrhagique ou testicule vénérien. 135

J. Pigeaux, D. M. P. — Recherches sur la blennorrhagie non syphilitique. 136

Mondat. — Observation d'une grossesse utéro-tubaire, présentée à la Société de Médecine-pratique de Paris. 140

Médecine étrangère. — William Coulson. — Tuméfaction des membres après l'accouchement (Voy. Encycl., tome IX, lettr I, p. 279.)

— Ar. Peddie. — Observation de gangrène et d'hydropisie déterminée par l'usage exclusif de pommes de terre de mauvaise qualité. *ibid.*

— Adams. — Considérations sur les hernies congénitales. 142

— Wm. Mackensie. — Mémoire sur les *xeroma conjunctivæ*. 144

Revue générale. — *Anatomie et Physiologie.* — Vice de conformation du cœur (absence de l'oreillette droite). — Imperforation du vagin. Opération fatale. Absence d'utérus. — Sécrétion et usages de la bile. — *Pathologie.* — Anévrisme par anastomose de l'artère temporale. Fracture de l'os hyoïde ; lésion des nerfs ; mort. — Évacuation graisseuse des intestins. — *Thérapeutique.* — Ligature de l'artère carotide, pour combattre une hémorragie de l'oreille et de l'arrière-bouche. — Ablation de tumeurs fibreuses du col de l'utérus. — *Obstétrique.* — Accouchement difficile ; position remarquable de l'enfant. 145 à 152

Variétés. — Sur une classe particulière de mouvemens musculaires. 153


## E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.


Essai sur les avantages de la méthode naturelle, comparée avec la classification artificielle, dans l'étude des maladies de la peau ; par M. John Pagett. 117

Du sulfate de quinine uni au tabac, et pris par le nez, dans le traitement des céphalalgies intermittentes ; par le docteur d'Huc. 128

Revue des Journaux allemands. Histoire — anatomique et pathologique du thymus. — Fonctions du système nerveux. — Expériences comparatives sur la médecine homœopathique et la médecine expectante. — Maladie du général Diebitsch. — Dégénérescence des reins. — Traitement par la décoction de Zittmann. 128


## F. TRANSACTIONS MÉDICALES.


De la gangrène sénile. — Doctrine de M. Dupuytren, par M. Paillard. (*a*)

Nouvel aperçu sur la physiologie du foie et les usages de la bile. — De la digestion en général ; par M. B. Voisin. 71

## G. JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE.

Chirurgie. Épingle introduite dans l'urètre d'un enfant, et retirée à la faveur du cathétérisme par le tour du maître; par M. Vidal (de Cassis.) 129
Observation d'accouchement d'enfans des deux sexes; par M. Caffe. 130
Observation sur un anévrisme faux consécutif de l'aorte descendante; par M. Pénissat. 131
Hôpital de la Charité. Clinique de M. le professeur Bouillaud. Péripneumonie intense traitée par les émissions sanguines; par M. Donné. 133
Faculté de Médecine. Concours pour une chaire de clinique interne. 135
Essai thérapeutique sur l'antimoine; par MM. Trousseau et Bonnet. 2e et dernier article. 138
Faculté de Médecine. Sur le Concours pour une chaire de clinique interne. 145
Des glandes muqueuses de la portion sus-diaphragmatique du tube digestif, à l'état normal; par F. Lélut. 150
Faculté de Médecine. Sur le Concours pour une chaire de clinique interne. 153

## H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Considérations sur le traitement des ulcères par le chlorure de chaux, et sur les moyens d'affermir la cicatrice. — Ulcères vénériens consécutifs. 23
Observations sur les effets d'une violente commotion cérébrale dans une affection aiguë du cerveau. 24
De la responsabilité des médecins dans l'exercice de leur profession. — Faux certificats. — Conseils de révision. 25

## I. GAZETTE MÉDICALE.

Gazette du 4, N° 45. — Recherches sur la grippe de l'Europe et celle de Paris. 292
Du cathétérisme exploratif sous le rapport de l'opération du broiement; par M. Leroy d'Etiolles. 294
Note sur une maladie congéniale de la langue; par M. Paul Dubois. 302
Revue des Journaux de médecine Italiens. Réponse à cinq questions proposées par le gouvernement autrichien sur la pellagre. — Rapport sur la Vaccination et sur la revaccination. — Dernière maladie de Scarpa. — Procédé simplifié pour la ligature des artères. 304
Sur un jugement du tribunal de Domfront dans l'affaire du Dr Hélie. 308
Gazette du 11, N° 46. — Sur les accidens cérébraux qui compliquent les érysipèles de la face; par M. Malle. 311
Tumeur rétro-péritonéale chez un enfant de 2 ans; par M. Malle. 314
Gazette du 18, N° 47. — Sur les moyens de remédier aux imperfections de quelques procédés pour les amputations de la jambe; par le Dr Sédillot. 316
Clinique de l'infirmerie du comté de Dublin. — Emploi des ventouses sèches. — Pneumonie enlevée par une attaque de choléra grave. — Administration de l'émétique à haute dose dans la pneumonie et le croup. — Emploi du nitrate d'argent dans la diarrhée chronique, les fissures du mamelon, le psoriasis. — Périostite des os du crâne. 319
Lettre sur l'emploi du cyanure d'or contre la syphilis et les scrofules. 323
Fièvre inflammatoire suivie d'accidens typhoïdes; par M. Dufour. *ibid.*
Sur les éruptions pustuleuses de l'œsophage et de l'intestin grêle, consécutives à l'administration de l'émétique à haute dose; par M. Judrin. 324
Gazette du 25, N° 48. — Nouvelles remarques sur la grippe de Paris et son traitement. 325
Sur quelques causes spéciales de mort après l'opération de la taille. 328
Revue des Journaux de médecine américains. — Observation d'irritation spinale. — Extirpation des testicules et du pénis. — Observation de déchirure et de contusion très-étendue de la main. — Observation de dégénérescence encéphaloïde du genou et de la partie inférieure de la cuisse. — Sur l'Euphorbia hypericifolia. — Calcul vésical avec incrustation calculeuse du bas-fond de la vessie. — Application de la médecine physiologique aux maladies de la Louisiane. — Empoisonnement par l'arsenic. — Effet d'une forte dose de camphre sur l'économie. 332

## J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. (M. Dupuytren, professeur.) Tissu érectile pur, tumeur développée au côté gauche et à la face interne de la lèvre inférieure; extirpation; guérison. 217
Hôtel-Dieu. (Service de M. Sanson aîné.) Plaie par arrachement; amputation par la méthode à lambeaux; guérison. 218
Hôpital de la Pitié. Conférences cliniques de M. Louis. (Deuxième article.) Rougeole. 219
Érysipèle de la face. *ibid.*
Rhumatisme. 220
Hôpital Saint-Antoine. (Service de M. Bérard jeune. — Clinique des maladies des yeux, par M. Sichel.) Observations de tumeurs développées sous le muscle orbiculaire, sur ou dans le cartilage tarse. *ibid.*
D. Tumeurs d'un petit volume situées entre la peau des paupières et le muscle orbiculaire. 221
Hôpital des enfans malades. (Clinique de M. Guersent.) Quelques réflexions sur une inflammation des paupières observée chez les sujets scrofuleux, par

M. *A.-L. de la Berge* (complications). 221
Fracture de la clavicule droite par cause directe; par M. le docteur Civatte, à Sisteron (Basses-Alpes). 223
Hôtel-Dieu. (Service de M. Sanson aîné. Clinique des maladies des yeux.) Ophthalmie blennorrhagique. 224
Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. (M. Dupuytren, professeur.) Hernie ventrale congénitale développée à travers un écartement des fibres des grand et petit obliques; accidens graves d'étranglement; opération; réduction; guérison. 225
Imperforation de l'anus; moyens de traitement proposés; incident. 226
Hôpital des enfans malades. (Clinique de M. Guersent.) Quelques réflexions sur une inflammation des paupières observée chez les sujets scrofuleux, par M. *A.-L. de la Berge* (modèle de transmission et traitement). 227
Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. (M. Dupuytren, professeur.) Néphrite; abcès; fistules rénales; guérison par la compression. 229
Médecine légale. Monomane condamné aux travaux forcés à perpétuité. 230
Hôtel-Dieu. (Service de M. Sanson aîné — Clinique des maladies des yeux.) Ophthalmie aiguë par l'impression d'un gaz irritant. 231
Hôpital de la Pitié. Résumé des Conférences cliniques de M Louis. (Troisième article.) Pneumonie. 232
Hôtel-Dieu. (Service de MM. Husson et Dupuytren.) Ramollissement de tout le système osseux, par suite de fracture pendant la vie de plusieurs membres; mort; autopsie. 233
Sarcocèle développée par suite d'une cause accidentelle; castration; guérison. 234
Colonie et Hôpital militaire d'Alger. Nouveaux procédés opératoires pour les amputations; par *M. Baudens*, chirurgien major et professeur à l'hôpital d'Alger.
» Amputation coxo-fémorale. *ibid.*
» Nouveau mode opératoire pour l'amputation tibio-fémorale. 235
» Nouveau mode opératoire pour l'amputation huméro-cubitale. 236
» Modifications apportées aux amputations de la jambe et de l'avant-bras. *ibid.*
Hôtel-Dieu. (Service de M. Sanson aîné. — Clinique des maladies des yeux.) Ophthalmie rhumatismale avec ulcération de la cornée. 237
Hôpital Saint-Antoine. (Service de M. Bérard jeune. — Clinique des maladies des yeux, *par M. Sichel.*) *Vingtième observation.* Amaurose compliquée d'ophthalmie interne chronique; guérison. 238
Hôpital des Vénériens. (Service de M. Ricords.) Opération de sarcocèle par la méthode de Zeffer ou de Kern; observation recueillie par *M. Maxime Vernois.* 240
Hôpital des Enfans malades. (Clinique de M. Guersent.) Pleuro-pneumonie droite; émissions sanguines répétées après le cinquième jour de l'invasion; guérison prompte. 242
Hôtel des Invalides. (Infirmerie.—Service de M. Larrey.)
» Carie; destruction du corps de l'humérus par suite de blessures par arme à feu; amputation dans l'articulation scapulo-humérale, procédé de M. Larrey. 243
» Suicide; plaie pénétrante de poitrine; hémorrhagie considérable; mort; autopsie. 244
Hôpital de la Pitié. (Résumé des Conférences cliniques de M. Louis. — Quatrième article.)
» Angine tonsillaire. 245
» Inflammation de l'épiglotte. *ibid.*
» Laryngo-trachéite. *ibid.*
» Catarrhe pulmonaire. *ibid.*
» Dilatation des bronches. 246
» Gangrène du poumon. *ibid.*
» Pleurésie. *ibid.*
Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. (M. Dupuytren, professeur.) Violente contusion de l'hypochondre droit; large déchirure du foie, par la chute d'un pain de munition; épanchement; mort; autopsie. 247
Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. (M. Dupuytren, professeur.) Développement d'hydatides dans le corps de l'humérus; fracture de cet os; articulation contre nature; résection du bout inférieur; abondante suppuration; mort subite; autopsie. *ibid.*
Cours de la Faculté. (Leçons de *M. Andral* sur l'épilepsie.) 249
Taille sus-pubienne; pneumonie intercurrente; guérison, par *M. Souberbielle.* 251

## K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE, ETC.

Chevallier et Boys de Loury. Rapports sur un cas d'empoisonnement et d'assassinat. (Affaire Ramus.) 75
Girardin et Barruel. Suspicion d'empoisonnement; analyse d'une tasse de café suspecté. 86
Chevallier et Barruel. Analyse des matières contenues dans le tube digestif d'un homme mort subitement. 88
Barruel. Mélange de l'acide sulfurique au café. 89
Devergie, Piedagnel et Barruel. Empoisonnement par une préparation cuivreuse. 90
Quetelet. Lettre adressée à M. Villermé sur la possibilité de mesurer l'influence des causes qui modifient les élémens sociaux. 92

## L. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Essais thérapeutiques sur le sous-nitrate de Bismuth. *Premier Mémoire :* De l'emploi du sous-nitrate de Bismuth, dans le traitement de la diarrhée; par M. Trousseau. 128
Note sur l'emploi du chlorure de chaux et de soude dans quelques affections de la bouche, très communes chez les enfans; par M. T. Constant. 130
De l'abaissement de la cataracte solide; par M. Carron

du Villards. (a)
Des moyens de recueillir et de conserver le fluide vaccin ; par M. Bousquet. 133
Recherches sur la falsification des farines de lin et de moutarde ; par M. Chevallier. ( Voy. Encycl., tome IX, lettre N. pag. 34.)
Note sur l'administration du sulfate de quinine à hautes doses dans les fièvres intermittentes, par M. Sandras. 134
Note sur l'emploi des onctions mercurielles dans le traitement du panaris. 137
Nouveau mode de cautérisation par la potasse caustique. 138
Traitement de l'ongle entré dans les chairs par l'emploi de la pâte caustique. 139
Nouvel appareil à extension permanente simplifié. *ibid.*
Considérations sur le porrigo ( teigne ), et sur son traitement, par M. Cazenave. 141
De l'hydropisie des ovaires et de leur extirpation. 142
Note sur la préparation des eaux distillées de fleurs et des eaux dites médicinales. — Note sur la préparation de la graisse mercurielle double ( onguent mercuriel ). — Formule pour l'administration de l'huile de ricin. — Gelée de baume de tolu. 143
Des frictions sur la poitrine avec la pommade stibiée dans l'hémoptysie. 144

## M. JOURNAL DE PHARMACIE.

Analyse d'un calcul intestinal de cheval ; par M. O. Henry. 63
Extrait des Annales de Chimie et de Physique ; par M. Boullay. 64
Extrait d'un mémoire de M. Berzélius sur le bleu de prusse ; par M. Soubeiran. 67
Observations sur l'ongle d'élan, jadis usité en médecine comme antiépileptique ; par J.-J. Virey. *ibid.*
Nouvelles des sciences ; par le même. 68
Essais chimiques sur la racine de pyrètre ; par M. L.-V. Parisel. 70
Résumé des observations faites sur plusieurs espèces d'indigofère, et autres, à la Basse-Terre, Guadeloupe, en 1811 ; par J. L'Herminier. *ibid.*
Observations sur la fabrication du chlorate de potasse ; par M. Vée. 74

## N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Mémoire sur l'asparamide ( asparagine de M. Robiquet ), et sur l'acide asparmique ; par MM. Boutron-Charlard et Pelouze. (Voy. Encycl., tom. IX, lett. M., p. 56
Résumé de quelques recherches sur l'influence que peut exercer le régime alimentaire dans les phénomènes chimiques de la respiration ; par MM. Lassaigne et Yvart. 39
Observations théoriques et pratiques sur la vitrification ; par MM. A. Baudrimont et J. Pelouze. 40
Note sur la décoction mercurielle dite *Eau des nègres* ; par J. Girardin, professeur de chimie à Rouen, membre de plusieurs sociétés savantes. 43
Conclusions extraites d'un mémoire de M. Villermé sur les épidémies. 44
Mémoire sur l'amalgamation, adressé à l'Académie royale des sciences, le 10 décembre 1832 ; par M. Boussingault. 45
Arrêt rendu par la Cour royale de Bordeaux, contre les sœurs de la charité vendant des médicamens. 46
Description d'un appareil destiné à faire des décoctions, des infusions, à distiller, à évaporer. 47
Note sur les proportions relatives d'eau et de principes fixes contenus dans les différentes sérosités qui s'épanchent dans diverses parties du corps. 48
Description d'un appareil qui peut servir de fourneau et d'alambic. *ibid.*
De l'emploi du chlorure de chaux liquide contre la gale. 49
Pilules de sous-carbonate de fer dans le traitement des douleurs d'estomac chez les femmes. *ibid.*